

Fakulta tělesné výchovy a sportu
Univerzity Karlovy v Praze

**Význam kinezioterapie v léčbě astma bronchiale u dětí
(využití her a sportů v přírodě, lanových a překážkových drah apod.)**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Doc.PhDr. Běla Hátlová, PhD.

Vypracoval:
Marek Pejša

Duben, 2006

ABSTRAKT

Téma:

Význam kinezioterapie v léčbě astma bronchiale u dětí

(využití her a sportů v přírodě, lanových a překážkových drah apod.)

Theme:

Significance of kineziotherapy in treatment asthma bronchiale by children

(use games and athletics in nature, rope and obstacle ways ect.)

Cíl práce: Cílem práce je prozkoumat možnosti využití kinezioterapie v léčbě astma bronchiale u dětí při jejich letním léčebném pobytu. Shrnout teoretická východiska pro vytvoření účinných pohybových programů, jednotlivé programy aplikovat a popsat jejich průběh a výsledky. V případě zajímavých výsledků doporučit kinezioterapeutické programy pro využití v praxi.

Metody: Výzkumný soubor tvořilo 12 dětí ve věku 7-16 let s diagnózou astma bronchiale, které se účastnily navrženého kinezioterapeutického programu po dobu čtyř týdnů. K ověření účinnosti terapeutického programu bylo využito sběru dat pozorováním, rozhovorem, subjektivním hodnocením na začátku a konci lekcí a několika dotazníků týkajících se osobnosti dítěte.

Výsledky: Popisují účinnost programu kinezioterapie na prožívání, chování a zdravotní stav astmatických dětí při jejich pobytu v respirační léčebně. Během programu a po něm byl sledován částečně kladný vliv na úzkostlivost astmatických dětí. Dále došlo ke zlepšení komunikace a spolupráce ve skupině a v neposlední řadě také k nárůstu sebedůvěry a důvěry v druhé.

Klíčová slova: astma bronchiale, kinezioterapie, úzkost, sebehodnocení, psychosomatika

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně za použití uvedené literatury.

V Praze 14.4. 2006

..... Marek Pejša

Marek Pejša

Děkuji Doc. PhDr. Běle Hátlové, PhD. za odborné vedení mé diplomové práce, dále také děkuji všem zaměstnancům Olivovy dětské léčebny za poskytnuté zázemí pro realizaci programu a v neposlední řadě všem účastníkům mého programu za velmi pěknou spolupráci a trpělivost.

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatелů, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat

Jméno a příjmení	Adresa	Číslo OP	Datum

OBSAH

1. ÚVOD.....	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	10
2. 1. Průduškové astma (úvod do problematiky).....	10
2. 1. 1. Definice astmatu	10
2. 1. 2. Epidemiologie.....	11
2. 1. 2. 1. Prevalence a incidence.....	11
2. 1. 2. 2. Mortalita, střední délka života	12
2. 1. 2. 3. Morbidita a invalidita.....	12
2. 1. 2. 4. Vliv věku a pohlaví.....	12
2. 1. 2. 5. Geografické a rasové rozdíly	13
2. 1. 3. Rizikové faktory průduškového astmatu	13
2. 1. 3. 1. Vnitřní rizikové faktory	13
2. 1. 3. 2. Vnější rizikové faktory	14
2. 1. 4. Diagnostika astma bronchiale.....	14
2. 1. 5. Klinický obraz.....	15
2. 1. 5. 1. Klasifikace astmatu podle klinického stavu a funkčního nálezu	16
2. 1. 5. 2. Zvláštnosti astmatu v různých věkových obdobích.....	17
2. 1. 6. Lázeňská léčba a ozdravné pobyty	18
2. 1. 7. Osobnostní charakteristika dítěte s astmatem.....	19
2. 2. Kinezioterapie.....	20
2. 2. 1. Pojem kinezioterapie.....	20
2. 2. 2. Podstata kinezioterapie	21
2. 2. 3. Prostředky kinezioterapie	21
2. 2. 4. Působení kinezioterapie	22
2. 3. Charakteristika dětí školního věku	23
2. 3. 1. Charakteristika mladšího školního období 6 – 11 let	23
2. 3. 1. 1. Bio-psycho-sociální charakteristika.....	23
2. 3. 1. 2. Charakteristika motoriky	24
2. 3. 2. Pubescence 11 – 15 let (stadium středního školního věku).....	26
2. 3. 2. 1. Bio-psycho-sociální charakteristika.....	26

2. 3. 2. 2. Charakteristika motoriky	29
2. 4. Hry a cvičení v přírodě	31
2. 4. 1. Charakteristika hry.....	31
2. 4. 2. Definice pojmu hra	33
2. 4. 3. Smysl her a cvičení v přírodě	34
2. 5. Psychosomatický pohled na astma	34
3. PRAKTICKÁ ČÁST	39
3. 1. Cíle práce	39
3. 2. Hypotézy.....	39
3. 2. 1. Teoretická východiska pro hypotézy	39
3. 2. 2. Formulace hypotéz (výzkumné otázky).....	40
3. 3. Metodika výzkumu	41
3. 3. 1. Plán výzkumu	41
3. 3. 2. Zdroje a techniky sběru dat.....	42
3. 3. 3. Charakteristika sledovaného souboru	45
3. 3. 4. Průběh léčebného pobytu.....	46
3. 4. Kinezioterapeutický program pro astmatiky	47
3. 4. 1. Východiska pro sestavování programu	47
3. 4. 2. Složení pohybového programu	48
3. 4. 3. Charakteristika použitých prostředků	48
3. 4. 4. Struktura a obsah lekcí.....	52
3. 5. Výsledky dotazníků	54
3. 5. 1. Výsledky – Rohnerova metoda rodinné diagnostiky	54
3. 5. 2. Výsledky – CMAS – Škála zjevné úzkosti pro děti.....	58
3. 5. 3. Výsledky – Eysenkův osobnostní dotazník pro děti (J.E.P.I.).....	59
3. 6. Diskuse	59
4. ZÁVĚR	63
SEZNAM LITERATURY	65
PŘÍLOHY.....	68

1. ÚVOD

Průduškové astma (astma bronchiale) je chronické progresivní onemocnění, které má mnohdy za následek invaliditu mladých a dokonce již dětských pacientů. Nejnovější drahé preparáty sice dovedou utišit prudké záchvaty, avšak neléčí podstatu choroby. Záchvaty se nadále opakují.

Mezi dětmi i dospělými můžeme pozorovat astmatiky, u nichž odborná léčba v duchu klasické medicíny žádné výraznější výsledky nepřinesla. To vede k myšlence hledat jiné, nekonvenční způsoby a metody léčení. Právě u bronchiálního astmatu je s ohledem na vedlejší negativní účinky farmak důležité dosáhnout léčebného efektu bez použití takových přípravků. Ovšem lékaři dnes postrádají nejen moderní vědecký základ nekonvenčních metod, ale i jejich srozumitelnou koncepci, a tak lékařské praxe ani stacionáře nemají možnost nekonvenční nemedikamentózní léčbu ordinovat – tím spíše, že ji nehradí zdravotní pojišťovny. (Isajev, 2005)

Farmakologická léčba průduškového astmatu zpravidla zahrnuje léky k rozšíření průdušek (broncholytika), protizánětlivé preparáty (antibiotika) a antialergika (hormony jako hydrokortizon, prednisolon atd.). Prostředky k rozšíření průdušek však mají krátkou působnost, antibiotika sama o sobě jsou alergenem a hormonální léčba vyvolává nejtěžší formu onemocnění, tzv. hormonálně podmíněné astma. Astmatik s hormonální závislostí má jen mizivou naději na uzdravení. Postupně bere stále více léků a choroba progreduje. Situace dospěla do fáze, kdy je nutno hledat cesty k vyléčení bez použití farmak.

U nekonvenčních metod se velmi často setkáváme s rozmanitými druhy ovlivňování organismu – psychologickými, mechanickými, fyzikálními nebo chemickými. Do této kategorie patří působení na vědomí, aktivní a pasivní tělesná cvičení, rozličné masáže, léčba teplem a chladem prostřednictvím kapalných i pevných vodičů tepla a chladu (léčivé bahno, jíl, termální voda, led), prvky klimatoterapie (vzdušné koupele, koupání v moři, sluneční lázně), vnější či vnitřní působení sladké nebo minerální vody na organismus, využívání rostlin při inhalacích, u výplachů, koupelí a pitných kúr. Řadíme sem ale i dietně postní režim a potravinové doplňky, stejně jako formování způsobu myšlení a životního stylu. (Isajev, 2005)

Dlouhodobá, komplexní a variabilní nekonvenční léčba pod dohledem kvalifikovaného odborníka může vést i k vyléčení astmatu způsobeného hormonálně nebo přinejmenším může významně zlepšit kvalitu pacientova života.

A právě tato práce by mohla nastítnit a ověřit možnosti působení a využití kinezioterapie jako nástroje při léčbě astmatických dětí. Kinezioterapie by se mohla stát jednou z podpůrných metod při komplexní léčbě u astmatických pacientů.

V této práci bychom chtěli ověřit možnosti působení her a sportů v přírodě na děti s astmatem. Předpokládáme, že díky dobrodružným aktivitám v přírodě by mohlo dojít k určitému zlepšení zdravotního stavu u dětských astmatiků. Vycházíme např. z praktických zkušeností rodičů, jejichž děti se účastnily programu „Kick Asthma holiday“, což je dobrodružný program pro děti s astmatem ve Velké Británii pořádaný několikrát během roku. Rodiče se sami přesvědčili o pozitivním vlivu sportů, her a cvičení v přírodě na jejich astmatické děti, kdy následně po absolvování tohoto programu uváděli, že u jejich dětí došlo k 9% snížení návštěv u obvodního lékaře, k 10% redukci dní, které děti chyběly ve škole a k 11% nárůstu nocí, kdy jejich děti nebyly rušeny astmatem (www.asthma.org.uk).

2. TEORETICKÁ ČÁST

2. 1. Průduškové astma (úvod do problematiky)

2. 1. 1. Definice astmatu

S pacienty trpícími průduškovým astmatem se stále častěji setkáváme u obyvatelstva průmyslově rozvinutých zemí a stále častěji u dětí. K hlavním projevům nemoci patří náhlé záchvaty záduchy o různé síle a délce trvání. Typický je též kašel s vazkým, skelným hlenem, ztížené dýchání, dušnost. Záchvaty dušnosti mnohdy propukají v noci a časně ráno. (Isajev, 2005)

Astma je nyní chápáno jako nemoc dlouhodobého charakteru probíhající i v době, kdy nejsou zjistitelné funkční změny a pacient je bez obtíží.

Dušnost u astmatu byla ve starověku vysvětlována zvýšenou sekrecí hlenu, který byl dlouho jediným zevně patrným „obstrukčním“ faktorem. Koncem 17. stol. předpokládal John Floyer – sám astmatik – že dušnost je způsobena akutním zúžením průdušek. O necelé století později pak William Cullen navrhl bronchospasmus jako vlastní podstatu astmatu. Velký pokrok v pochopení astmatu učinil v 19. stol. Henry Hyde Salter, který mj. popsal řadu typických spouštěčů astmatického záchvatu (zvířecí chlupy, peří aj.). Jeho koncepce astmatu jako epizodické poruchy charakterizované bronchospasmem v důsledku zvýšené citlivosti průdušek pak s různými obměnami přetrvala celé století a vedla postupně k vývoji řady bronchodilatačních látek od efedrinu, adrenalinu a theofyllinu přes isoproterenol až po selektivní dlouhodobá beta-2-mimetika. (Kašák, 2005)

Rozvoji funkčního vyšetření plic v poválečném období odpovídá definice American Thoracic Society z roku 1975: *Astma je nemoc charakterizovaná zvýšenou citlivostí dýchacích cest vůči různým podnětům, která se projevuje zpomalením usilovného výdechu a jejíž závažnost se mění buď spontánně, nebo po léčbě.* Tato definice - ze které stále ještě vychází mnoho současných lékařů – sice vystihuje funkční podstatu astmatu, nezmiňuje se ovšem o chronickém průběhu nemoci. Studie bronchoskopicky odebraných vzorků z průdušek astmatiků v různých fázích nemoci prokázaly, že hlavním podkladem změn v průduškách je chronický zánět s následnými změnami ve

sliznici dýchacích cest, který má svůj patofyziologický korelát v bronchiální hyperreaktivitě, která čas od času vyústí v obstrukci průdušek. Na ní se kromě bronchokonstrikce podílí edém a produkce vazkého hlenu, a tím i příznaky astmatu, jako je kašel, pískoty na hrudníku při dýchání, pocit tíže na hrudníku nebo dušnost. Současně se zánětem průdušek dochází k přestavbě průduškové stěny a nezanedbatelnou roli má i změněná funkce hladkých svalů. I poslední definice z r. 2002 již uvedené skutečnosti respektuje:

Astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, kde hrají roli mnohé buňky a buněčné působky. Chronický zánět je spojen s průduškovou hyperreaktivitou a vede k opakujícím se epizodám pískotů, dušnosti, tíže na hrudi a kašle, zvláště v noci nebo časně ráno. Tyto epizody jsou obvykle spojeny s variabilní obstrukcí, která je často reverzibilní buď spontánně, nebo vlivem léčby.

Astma tak přestalo být chápáno jako pouhé záchvaty dechových obtíží, ale jako chronické onemocnění, kde zánětlivé a strukturální změny dýchacích cest jsou primární příčinou těchto obtíží. Přijetí této definice pacienty i lékaři by mělo vést i v léčbě astmatu k důrazu na dlouhodobou preventivní a protizánětlivou léčbu. (Kašák, 2005)

2. 1. 2. Epidemiologie

Na světě je dnes asi 300 milionů astmatiků. Astma se vyskytuje ve všech oblastech světa, častější je v zemích ekonomicky více rozvinutých.

2. 1. 2. 1. Prevalence a incidence

V Evropě a Spojených státech je prevalence astmatu 5-10%, u dětí 10-15%. Celková prevalence astmatu v ČR se pohybuje kolem 8%, u dětí je vyšší, 12-15%. Diagnóza astmatu je i v ČR v praxi lékaři stále podhodnocována. Odhaduje se, že je u nás nediodnostikováno cca 250000-350000 astmatiků.

Incidence astmatu v posledních 20 letech prokazatelně stoupá, a to zejména u dětí. Významná je přitom koincidence alergické rýmy – tou trpí cca 80% pacientů s astmatem a astma se vyskytuje u 30 – 40% osob s alergickou rýmou. (Kašák, 2005)

2. 1. 2. 2. Mortalita, střední délka života

Astma těžkého stupně nereagující na běžné léčebné postupy, tzv. obtížně léčitelné astma (OLA) se vyskytuje cca u 5% všech astmatiků. Celosvětově se mortalita na astma odhaduje na 180 000 osob ročně (4 úmrtí ročně na 100 000 obyvatel), v ČR je to přibližně 130 nemocných ročně (1/100 000) a na rozdíl od řady jiných zemí stále mírně klesá. Přibližně třem čtvrtinám úmrtí by bylo možné zabránit při správně vedené léčbě a sledování. Úmrtnost na dětské astma je velmi nízká, od 0,1 do 0,5/100 000 a také mírně klesá. Mortalita na astma je především spojena s nedostatečnou či zcela chybějící dlouhodobou protizánětlivou léčbou. Střední délka života u astmatu není v průměru signifikantně snížena. (Kašák, 2005)

2. 1. 2. 3. Morbidita a invalidita

Morbidita vyjadřuje reálný dopad nemoci na společnost. V USA se odhaduje počet hospitalizací na astma ročně na 16/10 000, počet návštěv u ambulantních lékařů je cca 30krát vyšší. Roční objem absencí je přibližně 100 milionů dnů.

Důležitým statistickým ukazatelem celosvětové zátěže je celková suma ztracených roků (DALYs, tj. disability-adjusted life years) z důvodu předčasného úmrtí nebo invalidity. Astma je na 25. místě. Pro srovnání, na 2. místě jsou infekce dolních dýchacích cest, ICHS je na 6. místě a CHOPN na 12. místě. Ve vyspělých ekonomikách představují náklady na léčbu astmatu 1-2% z celkových výdajů na zdravotní péči. (Kašák, 2005)

2. 1. 2. 4. Vliv věku a pohlaví

Dvě třetiny všech diagnostikovaných případů astmatu spadají do dětského věku a do puberty.

V dětství převažuje výskyt astmatu u chlapců (téměř 2:1 k dívkám), ústup příznaků po pubertě se pak pozoruje rovněž častěji u chlapců, zejména při negativní anamnéze atopie. V pubertě se poměr pohlaví vyrovnává a ve věku nad 40let významně převažují ženy. Vliv ženských pohlavních hormonů naznačuje často pozorovaná exacerbace obtíží před menstruací nebo v jejím průběhu (premenstruální astma). U žen se také udává vyšší mortalita, zvláště v souvislosti s vyšší incidencí astmatu s rychlým a nepředvídatelným nástupem zhoršení. Toto astma je též někdy označováno jako křehké astma. (Kašák, 2005)

2. 1. 2. 5. Geografické a rasové rozdíly

Prevalence astmatu se v různých částech světa podstatně liší, vyšší je na severní a západní polokouli, ovšem s výjimkou Austrálie, Nového Zélandu a Brazílie, kde výskyt odpovídá Severní Americe. Tradičně se uvádí mizivý výskyt mezi Eskymáky v kontrastu s Karolínami či Maledivami, kde je postižena polovina celkové populace. Výskyt se výrazně liší i v rámci jedné oblasti, prevalence na ostrovech Papua-Nová Guinea, které jsou v blízkosti Karolín, je prakticky nulová.

Astma postihuje příslušníky všech ras a o výskytu rozhodují mnohem více faktory prostředí než faktory genetické. Děti přistěhovalců mívají prevalenci astmatu odpovídající místní populaci. (Kašák, 2005)

2. 1. 3. Rizikové faktory průduškového astmatu

Rizikové faktory je zvykem dělit na vnitřní – týkající se pacienta („hostitele“) a vnější – týkající se prostředí.

2. 1. 3. 1. Vnitřní rizikové faktory

Susa (2003) zdůrazňuje, že mezi vnitřní rizikové faktory patří genetická predispozice. Ze studií rodin dvojčat je průkazné, že astma se objevuje častěji tam, kde je pozitivní rodinná anamnéza.

Také atopie (alergie se zvýšenou tvorbou protilátek IgE) je rizikovým faktorem astmatu. Polovina astmatiků má atopickou anamnézu. Alergická rýma a atopická dermatitida se považují za preastmatické stavy. Riziko astmatu u atopika je 10-20krát vyšší než u neatopika. (Kašák, 2005)

Podobně je to s bronchiální hyperreaktivitou. Také ona má svou genetickou predispozici a bývá spojena se zvýšenou tvorbou IgE. Nemusí vést k žádným klinickým projevům astmatu a je pak náhodným nálezem při eventuálním bronchoprovokačním testu. Nositelé bronchiální hyperreakivity jsou však riziková pro vznik astmatu. (Susa, 2003)

Rizikovým faktorem je také pohlaví. Do deseti let věku je průduškové astma častější u chlapců – vysvětluje se to jiným tvarem jejich hrudníku a užšími dýchacími cestami než mají dívky. Po pubertě se poměr obrací a astma se vyskytuje častěji u žen. Vysvětlení pro to není. (Susa, 2003)

2. 1. 3. 2. Vnější rizikové faktory

Za rizikové faktory prostředí se považují alergeny a profesionální senzibilizující látky. Konečně je sem možno řadit také látky dráždivé (i když nesenzibilizující), které jsou součástí znečištěného prostředí.

Susa (2003) uvádí, že mezi domácími alergeny jsou nejdůležitější alergeny domácího prachu, v němž jsou zase nejvýznamnější roztoči. Významné jsou také alergeny zvířat žijících v domácnosti. Alergeny pocházejí obvykle z jejich srsti, pokožky a moči. U nás je nejčastější alergie na psa, kočku nebo na hlodavce. O kočičích alergenech je známo, že je jejich majitel přenáší na svých šatech v takovém množství, že jimi stačí zamořit třídu, kino nebo tramvaj. Citlivý člověk tak může dostat astmatický záchvat v místnosti, kde kočka nikdy nebyla; stačí, když se posadí vedle milovníka koček.

Plísňe jsou také významné vnější alergeny. Nejvýznamnějším vnějším alergenem jsou ovšem pyly. Vyskytují se všude v přírodě po celou vegetační dobu a mají tři rozdílná maxima. V časném období jara převládají pyly kvetoucích stromů. Na počátku léta to jsou pyly trav. A konečně během léta a na podzim pyly plevelů. Rozdílné pyly jsou důvodem, proč mohou mít nemocní se sezónními alergickými projevy maximum obtíží v různou roční dobu, že nejde vždy jen o „sennou“ rýmu.

Profesionální látky, které mohou senzibilizovat a být tak příčinou profesionálního astmatu, zde není možné všechny vyjmenovat. S pokračujícím poznáním jejich množství stále roste. Dnes se jejich počet blíží ke čtyřem stům. Patří k nim např. látky rostlinného původu (mouka, prach ze dřeva nebo z potravin, kalafuna atd.), anorganické chemikálie (sloučeniny niklu, alumina, kobaltu aj.) i organické chemikálie (dezinfekční prostředky, antibiotika, barvy, rozpouštědla...).

Mezi dráždivé látky prostředí patří na prvním místě kouř z tabáku, protože znečišťuje jak domácí, tak vnější prostředí. Ve vnějším prostředí je patrně rozhodující znečištění výfukovými plyny, které stále stoupá, zatímco dřívější významné znečištění – průmyslovým smogem – s technickým pokrokem klesá. (Susa, 2003)

2. 1. 4. Diagnostika astma bronchiale

Přítomnost příznaků astmatu, pozitivita bronchodilatačního testu anebo průkaz bronchiální hyperreaktivity bronchoprovokačním testem vedou k diagnóze. K orientačnímu vyšetření nebo k domácímu monitorování léčby lze použít výdechoměr

měřicí vrcholovou výdechovou rychlost (PEF), jejíž variabilita vyšší než 20% v průběhu 24 hodin je pro astma typická. Základem funkční diagnostiky je však spirometrické vyšetření metodou křivky průtok/objem. Reverzibilita obstrukce podporuje diagnózu. Za pozitivní bronchodilatační test je považováno zlepšení hodnoty PEF nebo FEV1 (jednovteřinová vitální kapacita) o více než 20% za 15-20 minut po inhalaci 2 dávek beta2-mimetika s krátkodobým účinkem. Provedení bronchokonstrikčního testu je vyhrazeno odborným oddělením. Součástí základního diagnostického postupu je alergologické vyšetření. Čekání na jeho provedení však není důvodem odkladu zahájení farmakoterapie.

V rámci diferenciálně diagnostického postupu přicházejí v úvahu další doplňující vyšetření, kterými je rtg hrudníku, bakteriologické vyšetření sputa, cytologické vyšetření sputa, vyšetření lékařem ORL apod.

Zvláštní kategorií se specifickou problematikou představuje profesní astma. Při stanovení a verifikaci diagnózy asthma bronchiale profesionale je nutná spolupráce s odborníkem oboru nemocí z povolání.

Stanovení diagnózy u kojenců a malých dětí je obtížnější pro nemožnost provedení funkčního vyšetření plic, které je většinou nejdříve proveditelné až ve 4-5 letech věku. Pozitivní rodinná nebo i osobní anamnéza atopie, opakované afebrilní obstrukční stavy, pozitivní klinická odpověď na bronchodilatancia podporují diagnózu astmatu. Riziko zdůrazňuje i souběžný ekzém.

Dalším diagnostickým krokem je stanovení stupně astmatu dle tíže, která koresponduje se závažností nemoci. Klinické známky astmatu tj. stanovení četnosti nočních a denních příznaků a hodnoty PEF se hodnotí před zahájením léčby. (www.cipa.cz)

2. 1. 5. Klinický obraz

Astma je jednou z nemocí, které se navenek projevují velmi pestrým klinickým obrazem. Spektrum příznaků může být značně široké a mnohdy se nemoc může skrývat za příznaky zcela netypickými. Projevy astmatu záleží nejen na tíži onemocnění, ale také na věku pacienta a jeho celkovém způsobu života.

Astma může vzniknout v kterémkoli věku. Astma působí opakované stavy dušnosti, pískoty v hrudníku při dýchání, dráždivý kašel zhoršující se hlavně v noci nebo po námaze, opakované pocity sevření (tíhy, tlaku) na hrudi. Příznaky se často objevují

nebo zhoršují při virové infekci, kontaktu se spouštěči nebo chemickými parami a aerosoly, po námaze, při silných emocích. Pro astma je charakteristická velká interindividuální i individuální časová variabilita. I u nemocného s lehkým stupněm astmatu se může vyvinout těžký život ohrožující astmatický záchvat zvláště u nemocných se sníženým vnímáním dušnosti. Prodleva v zahájení dlouhodobé protizánětlivé léčby vede ke vzniku ireverzibilní obstrukční ventilační poruchy, která dlouhodobě může vyústit ve vývoj chronického plicního srdce a chronické respirační nedostatečnosti s invalidizací nemocného. Rizikovým preastmatickým stavem je alergická rýma, u dětí atopická dermatitida. (www.cipa.cz)

2. 1. 5. 1. Klasifikace astmatu podle klinického stavu a funkčního nálezu

Některé děti jejich astma nijak neomezuje a jen výjimečně mají dušnosti, jiné děti berou denně několik léků a přesto mají problémy stále. Astma dělíme podle toho, jak je těžké na 4 stupně – podle tíže příznaků a jejich četnosti. Na základě těchto zjištění se potom volí nejvhodnější léčba pro pacienty. (Kolektiv autorů, 2003)

1. Občasné (intermitentní) astma

Příznaky jsou jen krátké, nezávažné, objevují se méně než jednou týdně. Noční obtíže se vyskytují maximálně dvakrát měsíčně. Exacerbace jsou krátké. V období mimo tato zhoršení je nemocný zcela bez obtíží a schopen plnohodnotného života. Při změření funkce plic se zjištěné hodnoty pohybují nad 80% příslušné normy a denní variabilita PEF je větší než 20%. Nejčastějším příkladem je sezónní pylové astma nebo ojedinělý kontakt s příčinným alergenem, např. kočičím.

2. Trvalé (perzistující) lehké astma

Příznaky astmatu se objevují méně než jednou denně, ale již alespoň jednou týdně, noční obtíže se vyskytují častěji než dvakrát za měsíc. Exacerbace mohou mít negativní vliv na životní aktivity a na spánek. Mezi obtížemi jsou hodnoty funkce plic stále v mezích normy (vyšší než 80% předpokládané hodnoty), objevuje se vyšší variabilita funkce plic – během dne kolísají měřené hodnoty až o 30%.

3. Trvalé středně těžké astma

Příznaky se objevují již častěji než dvakrát týdně, noční obtíže mohou nastat častěji než dvakrát měsíčně. Astma omezuje tělesnou aktivitu nebo narušuje spánek, popř.

ovlivňuje obojí. Je nutná každodenní aplikace inhalačního bronchodilatačního léku. Při měření funkce plic jsou zjištěné hodnoty mezi 60 a 80% normy a variabilita funkce plic je větší než 30%.

4. Trvale těžké astma

Dochází k častým zhoršením stavu a téměř trvalým dechovým obtížím. Noční obtíže jsou velmi četné a nemocný trpí nedostatkem spánku. Tělesná aktivita je významněji narušena již při běžné každodenní tělesné zátěži. Exacerbace jsou časté. Zjištěné hodnoty funkce plic jsou nižší než 60% normy a variabilita funkce plic je větší než 30%.

(Kašák, Pohunek, Seberová, 2003)

Jedině lehké občasné astma můžeme léčit jen úlevovými léky podle potřeby pacienta. Všechny ostatní stupně astmatu vyžadují pravidelnou a dlouhodobou protizánětlivou léčbu. K náhlému záchvatu dušnosti může dojít u všech astmatiků a je nutné ihned a v dostatečných dávkách nasadit úlevové léky. Správně léčený astmatik by měl úlevové léky potřebovat jen zřídka. Riziko záchvatu dušností se snažíme co nejvíce snížit odstraňováním škodlivin z okolí pacienta, pravidelným sledováním a správně nastavenou léčbou. (Kolektiv autorů, 2003)

2. 1. 5. 2. Zvláštnosti astmatu v různých věkových obdobích

Astma bronchiale může začít už v prvních měsících kojeneckého věku. Jeho diagnóza je v té době velmi obtížná. Malé děti nedovedou odkašlat a ke hvízdavému dýchání u nich dochází často při běžných virových infekcích dýchacího traktu. Každé pískání u kojenců tedy není dokladem „astmoidní“ složky bronchitidy ani průkazem astmatu. U kojence také nelze provést spirometrické vyšetření. Na astma musíme myslet, až když sklon k pískotům nemizí s růstem dítěte.

Astma v dětství je obvykle alergické (atopické) se zjištěným alergenem. Bývá spojeno s kožními alergickými projevy nebo s alergickou rýmou, mívá rodinný výskyt. Dětské astma se mnohdy zmírní nebo vymizí v době puberty, jeho ústup může být přechodný nebo i trvalý. Dospělí, kteří před pubertou trpěli astmatem mívají po celý život zjištěnou bronchiální hyperreaktivitu, i když nemusí mít klinické projevy astmatu. (Susa, 2003)

Astma však může také začít v dospělosti i ve stáří. V dospělosti bývá často spouštěcím momentem virové respirační onemocnění. U starců je diagnóza astmatu opět obtížnější, protože vyšetření ventilace bývá problémem a obtížná je i diferenciální diagnóza – časté jsou i jiné nemoci, jejichž příznakem je dušnost.

Jestliže část dětí postižených astmatem má naději, že jejich nemoc vyhasne v průběhu dospívání, u dospělých nic takového neplatí, astma u nich zůstane po celý zbytek života – je „věrný přítel, který je do smrti neopustí“. Proto je nezbytné, aby se nemocný s astmatem naučil se svou nemocí žít, aby se dokázal sám kontrolovat i upravovat si léčbu v rámci dlouhodobého plánu, který s ním vytvořil lékař. (Susa, 2003)

2. 1. 6. Lázeňská léčba a ozdravné pobyty

Děti s astmatem i děti s alergickou rýmou a opakovanými infekty dýchacích cest mají nárok 1krát ročně na lázeňskou péči, plně hrazenou zdravotními pojišťovnami. Důležité je vědět, co od lázní můžeme čekat. Úplné vyléčení astmatu jistě ne. Děti s astmatem se musí léčit pravidelně protizánětlivou léčbou podle toho, jak těžké astma mají. Lázně mohou přispět ke zlepšení stavu nácvikem rehabilitačních cvičení, dechovými cviky, inhalacemi a opakováním správné inhalační techniky léků. Mohou prospívat i změnou prostředí a dobrými klimatickými podmínkami. Je výhodné odeslat dítě do horského lázeňského prostředí v období, kdy v jeho bydlišti jsou časté mlhy a smog. Dnes už je pravidlem, že do lázní jezdí děti v dobře stabilizovaném stavu, aby mohly zvládnout všechny lázeňské procedury, cvičení a vycházky do přírody. Nejezdí tam rozkašlané a dušné, bez nasazené léčby s očekáváním, že je v lázních dají do pořádku. (Kolektiv autorů, 2003)

Lázeňská léčba se řadí do komplexní péče o astma, kam patří i rehabilitace a fyzioterapie využívající různé léčebné fyzikální metody, jako jsou koupele, masáže, speciální cvičení apod. S lázeňskou léčbou úzce souvisí klimatoterapie, která využívá léčebná místa s mimořádně příznivým podnebím nebo léčebnými podmínkami. V naší republice lze klima rozdělit podle nadmořské výšky na nížinné, podhorské a horské. Balneoterapie využívá k léčbě minerálních vod, koupelí, pitných kúr, rehabilitační péče, vhodné diety a v neposlední řadě i úpravy životosprávy. Aeroaterapie využívá k léčbě hlavně čistý vzduch, helioterapie příznivé působení slunečního záření, talasoterapie příznivého působení mořské vody a přímořského klimatu. Speleoterapie je léčba v jeskyních, kde je minimální množství alergenů, bakterií a prachových částic a vhodné

iontové složení vzduchu o stálé teplotě a vlhkosti. U nás se využívá speleoterapie v Moravském krasu nebo v Javoříčských jeskyních k léčbě především dětských pacientů s chorobami dýchacího ústrojí. (Kašák, Pohunek, Seberová, 2003)

2. 1 .7. Osobnostní charakteristika dítěte s astmatem

Záchvat u astmatika bývá doprovázen často velmi nepříjemnými stavy úzkosti a strachu, které mohou, opakují-li se častěji, vážně ovlivnit utváření osobnosti dítěte.

S náhlým zatížením v období záchvatu je nutno počítat i s jistou formou trvalého, ne zcela přiměřeného zatížení nervové soustavy. I když se záchvaty dostavují v dlouhých intervalech, zanechávají v dítěti nejistotu a napětí – dítě čeká, kdy záchvat zase přijde. Čekání a nejistota vyčerpávají nervový systém, což se v chování dítěte projeví zvýšenou dráždivostí, přecitlivělostí, výkyvy nálad a sklonem k poruchám chování.

Ve školním věku je hlavním problémem zvýšená nemocnost dítěte a s ní spojená zvýšená absence ve škole (až trojnásobně vyšší). Sociometrická šetření ve školních kolektivech v Praze potvrdila, že sociální postavení astmatika v třídním kolektivu je nižší. Absence ohrožuje také školní výsledky, dítě je pod větším tlakem, domácí příprava pro školu je delší.

Matějček (2001) upozorňuje na to, že další nebezpečí vzniká ze společenského postavení těchto dětí. Nemocného často deprimuje vědomí, že se může náhle dostavit stav bezmocnosti nebo vůbec takový stav, kdy je člověk vyřazen z běžných činností a navíc způsobí rozruch ve svém okolí. Druhé děti a někdy i dospělí dají pacientovi pocítit nelibost nebo přímo odpor, zahánějí ho tak do izolace a vzbuzují pocit méněcennosti. Dramatické příznaky nemoci vzbuzují úzkostné postoje vychovatelů k dítěti, jak bylo zmíněno výše, a to někdy podstatně větší měrou než nemoci daleko nebezpečnější, které takového nápadného průběhu nemají.

Děti s astmatem skutečně vykazují v porovnání se zdravými vrstevníky kromě vyšších hladin úzkosti a neuroticismu také zvýšené skóre osobní méněcennosti a denního snění, poruchy sebehodnocení a nepřiměřený odhad budoucího výkonu (úroveň aspirace), přetrvávání infantilismu v oblasti sociálních vztahů a přechod mezi extroverzí a introverzí. (Špičák, Vondra, 1988)

2. 2. Kinezioterapie

Pohyb mimo toho, že je prostředkem dosažení cíle a uspokojení některé z potřeb (účelový charakter pohybu), má také vliv na tělesné struktury a funkce. Bylo zřejmé, že se vykonávaná pohybová činnost, a to jak z krátkodobého, tak obzvláště z dlouhodobého hlediska, pozitivně i negativně projevuje ve zdravotním stavu jedince. Ve fázi rozvoje lidské společnosti, která již umožnila dělbu práce a tím i diferenciaci životních rolí svých členů, se stal zjevným rozdíl ve výkonnosti a tělesném habitu například všestranně cvičeného vojáka, jednostranně přetěžovaného otoka či hypokinezi vystaveného aristokrata. Evidentnost vztahu mezi tělesnou aktivitou a zdravotním stavem tedy poměrně brzo vedla k využívání pohybu jako jednoho z prostředků záměrného ovlivňování tělesného, ale i duševního stavu pro nejrůznější účely, v neposlední řadě účely zdravotní. (Dvořák, 2003)

Pohyb je nezbytnou součástí vývoje lidské osobnosti. Je jedním z faktorů podílejících se na vytváření sebekoncepce prostřednictvím vytváření vědomého tělesného „Já“. Pohybový projev je ovlivňován biologickými, psychickými a sociálními potřebami jedince. Kvalita pohybu je ukazatelem aktuálního psychosomatického stavu, zdraví i nemoci člověka. (Hátlová, 2002)

2. 2. 1. Pojem kinezioterapie

Hátlová (2003) charakterizuje kinezioterapii jako podpůrnou léčebnou metodu, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá prostředků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. Pomáhá člověku dosáhnout pocitu somatopsychické normality. Během terapeutického procesu terapeut napomáhá pacientovi k úplnějšímu sebezpoznaní a poznání vlastních možností tak, aby je mohl využít k rozvíjení své osobnosti, nárůstu seberegulace a tím ke kvalitnějšímu způsobu života.

2. 2. 2. Podstata kinezioterapie

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta, pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Pohybem v nejširším slova smyslu se snaží získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace. (Hátlová, 2002)

Kinezioterapie aspiruje na postavení aplikované vědní disciplíny. Dotýká se řady oborů, přímo zasahuje do oblasti kineziologie, psychologie, medicíny a aplikuje poznatky pedagogiky a didaktiky. Zabývá se podpůrnou formou léčby a prevence psychosomatických a psychických poruch a chorob. Inspirována psychoterapií chce vytvořit jako základ část obecnou (teorie, metody, výzkumná data) a speciální (speciální aplikace na jednotlivé druhy poruch). Současné poznání je na úrovni souhrnu dosažitelných poznatků zkušeností z prováděných programů. Tendence je postupně vytvářet jednotnou obecně přijatelnou teorii, která by byla podkladem pro využití poznatků v praxi. (Hátlová, 2002)

2. 2. 3. Prostředky kinezioterapie

- 1) Kinezioterapie chce být srovnatelným léčebným působením, které prostřednictvím aktivně prováděných cíleně modelovaných pohybových programů působí záměrně na psychiku. Prostředky kinezioterapie jsou: aktivně prováděný cílený pohybový program, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální formy chování, učení, podněcování emocí, interakce ve skupině.
- 2) Kinezioterapie je cíleným působením na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu používajícího prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her.
- 3) Cílem kinezioterapie je spolupůsobit na zmírnění, odstranění, nebo schopnost ovlivňování psychických a psychosomatických obtíží nebo jejich příčin.

4) Kinezioterapie působí na změnu prožívání a chování nemocného a prostřednictvím získávání nového náhledu na prožívaný problém vědomí možností vyrovnávání se s ním.

5) Kinezioterapii je účinné provádět osobou mající kvalifikaci pro daný druh kinezioterapie.

(Hátlová, 2002)

2. 2. 4. Působení kinezioterapie

Kinezioterapie– somatoterapeutická aktivita, která pomáhá pacientům znovu nalézat:

1) Vědomí pohyblivosti. Jde o uvědomění si vlastního těla, jeho možností a následně možností ovládání vlastního těla. Pozitivní prožitek pomáhá rozvíjet a upevňovat tělesné schéma.

2) Psychosomatickou jednotu (jednotu tělesna a duševna). Pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního a vnějšího těla. Záměrný, aktivně prováděný pohyb je současně aktivitou fyzickou a psychickou. Je prostředkem, kterým se současně vyjadřuje tělo a psychika.

3) Obnovu pozitivního sebepřijetí. Objektivní tělesné schéma se velmi často liší od subjektivního obrazu svého těla. Ten je vytvářen na podkladě vlastní zkušenosti s vnitřním a vnějším prostředím, včetně meziosobních vazeb, které nemusí být u psychických poruch reálné. Aby došlo k restrukturalizaci sebeobrazu ve smyslu pozitivnějšího přijetí, je nutno volit synchronizující cvičení s adekvátní obtížností nutnou k provedení. Nadměrně obtížná cvičení by mohla aktivovat obranné mechanismy.

4) Sebeobjektivní a integritu. Nemocný je v průběhu provádění tělesných cvičení naváděn k uvědomování si vlastního těla, jeho poloh, průběhu pohybu, působení vlastního pohybového projevu a jeho významové stránky. Zároveň si uvědomuje pohyby druhých a to jak je sám vnímá. Vnímání vlastních pohybů a pohybů druhých umožňuje nejen konfrontaci, ale podněcuje k záměrné seberegulaci vlastních pohybů.

5) Tělesnou symboliku. Pohyb a tělesné polohy mají symbolický význam. Proto je možné vyjadřovat se prostřednictvím pohybu (využíváno především v taneční terapii).

6) Emoční spontaneitu. Nemocný je podmínkami svého života často nucen potlačovat projevování svých emocí spojených s potřebou vyjádření svých potřeb a přání.

V průběhu pohybu není omezován a u řady programů je iniciován emoční projev, chápaný jako adekvátní součást sebevyjádření.

7) Tvořivost. Pohybové činnosti ve svém průběhu programově iniciují spontaneitu a tvořivost. Cílem některých programů je přímo rozvoj tvořivosti.

(Hátlová, 2003)

2. 3. Charakteristika dětí školního věku

2. 3. 1. Charakteristika mladšího školního období 6-11 let

2. 3. 1. 1. Bio-psycho-sociální charakteristika

Toto období E. Erikson označil jako fázi píle a snaživosti. Dítě plní roli, kterou od něho očekávají osoby jeho nejbližšího prostředí i celá společnost. Pílí a snaživostí dítě získává pochvalu, uznání, stupňují se projevy kladného emočního vztahu k němu, zvyšuje se jeho sebehodnocení. Překonává se pocit méněcennosti, který je u dětí běžný již ve srovnání s dospělými a staršími dětmi. V nepříznivých případech dítě nevynakládá úsilí, nesnaží se o dosažení dobrých výsledků v učení, rezignuje. Jeho pocit méněcennosti se přeměňuje v komplex méněcennosti. Zvyšuje se hladina úzkosti, narušuje se vývoj zájmů a obecně motivace, v mnoha případech také dochází k nepříznivým formám vyrovnávání se s náročnými životními situacemi. (Čáp, 2001)

Vývoj pohybových i ostatních schopností je v tomto věku do značné míry závislý na tělesném růstu. Dnešní školní děti jsou v průměru větší a silnější než děti před třiceti lety, ale rozdíl je podmíněn spíše rychlejším růstem v útlém a předškolním věku než akcelerací ve školním věku. Významně a souvisle se během celého období zlepšuje hrubá i jemná motorika. Pohyby jsou rychlejší, svalová síla je větší a zejména je nápadná zlepšená koordinace všech pohybů celého těla. S tím souvisí rostoucí zájem o pohybové hry a o sportovní výkony, které vyžadují obratnost, vytrvalost a sílu. Zprvu se pohyby při praktických výkonech soustřeďují do ramenního a loketního kloubu, teprve delší cvičení vede k potřebné jemnější koordinaci pohybů zápěstí a prstů. Motorické výkony nezávisí ovšem jen na věku, ale i na vnějších podmínkách: jsou-li vhodně podporovány, vykazují rychlejší a diferencovanější vzestup. Rozdíly mezi dětmi

v pohybových dovednostech mohou být tedy podmíněny zčásti tím, jak je rodiče v tomto směru povzbuzují, nebo naopak tlumí ze strachu, aby si nějak neublížily.

(Langmeier, 1998)

Také druhá složka senzomotorické aktivity se v tomto věku soustavně vyvíjí: smyslové vnímání. Dítě je pozornější, vytrvalejší, všechno důkladně zkoumá, je pečlivé a ve vnímání méně závislé na svých okamžitých přáních a potřebách než mladší dítě. Je proto poměrně dobrým a stále častěji i kritickým pozorovatelem. Nevnímá už věci vcelku, ale prozkoumává je po částech, až do malých detailů. Vnímání se tak stává více cílevědomým aktem – pozorováním. Vznik pozorování znamená rozhodný krok v oddělení teoretické poznávací činnosti od praktické jednací aktivity. (Langmeier, 1998)

Myšlení dětí v mladším školním věku je mnohem rozvinutější než na předchozím vývojovém stupni, na druhé straně to stále ještě není abstraktní myšlení dospělého se středoškolským nebo vyšším vzděláním. Podle Piageta jde o etapu konkrétních operací. Myšlení již respektuje zákony logiky; děti dokážou klasifikovat, třdit, řadit, zvládat inkluzi a jiné operace, přitom však se stále váží na názorné poznání, na konkrétní předměty a procesy, které lze přímo vnímat a představit si je, popřípadě s nimi manipulovat, prakticky si ověřit řešení problému. Jsou přitom značné individuální rozdíly v rozvinutosti myšlení podle vloh i způsobu vyučování. (Čáp, 2001)

Sociální očekávání posiluje u dětí tohoto věku potřebu výkonu, který by potvrzoval jejich pozitivní hodnotu. Dítě se snaží, aby se něčemu naučilo, ale zároveň potřebuje, aby jeho výkon někdo ocenil. Potřebuje i vrstevníky, s nimiž soutěží a kteří fungují jako komparativní skupina. Výkon dítěte často získává charakter úspěchu teprve ve vztahu k situaci, ve srovnání s výkony jiných dětí. Vždycky nemusí jít jen o výsledky školní práce, i když těm bývá sociálně přisuzována větší důležitost než všem ostatním. Dítě potřebuje dosáhnout společenského uznání, potřebuje být druhými akceptováno i oceňováno. V době mladšího školního věku, kdy je logicky uvažujícím realistou, mu už nestačí zdání výlučné pozice. Potřebuje vědět, že si ji skutečně zasloužilo. Třeba tím, že splnilo určitý úkol. (Vágnerová, 2000)

2. 3. 1. 2. Charakteristika motoriky

V tomto stadiu je celkový vývoj jedince ovlivněn školní docházkou. Škola znamená značný zásah do dosud hravého způsobu života. Dítě se podrobuje autoritě, proces socializace dává příležitost k diferencovanějším hrám, probíhá osvojování rolí žáka.

Tělesný vývoj je spolehlivým ukazatelem zdravotního stavu dítěte. Vývoj motoriky je závislý na funkci nervové soustavy, růstu kostí a svalstva. Na zdokonalování motoriky dětí nemá vliv jen růst a celkový fyzický a intelektuální vývoj, ale i školní vyučování a hlavně všechny formy organizovaných i neorganizovaných pohybových aktivit. S tím úzce souvisí požadavek správného držení těla, jemuž by měla být věnována zvýšená pozornost v celkovém pohybovém režimu.

V tomto věku dominuje zvýšená schopnost motorické učenlivosti, tzn. snadno se pohybům naučit, schopnosti projevující se v množství, rychlosti a kvalitě naučeného. Novým pohybům se děti učí snadno a rychle na základě demonstrace a jednoduché instrukce. Dítě si osvojuje nejen celostní pohyby, ale je schopno i analytických pohybů. Je možné pohybem působit na různé části těla, na jednotlivé svalové skupiny.

U dětí 6 až 8 letých je výrazná mobilita provázena stále jistou nadbytečností pohybu, resp. přebytkem pohybů. Motorický projev má celostní charakter, ale je plynulejší než u dětí předškolního věku, ale postrádá úspornost a přesnost. Spontánní pohybová aktivita je denně až 5 hodin s přetrvávajícím charakterem hry. Rozdíly v motorice chlapců a dívek nejsou v tomto věkovém období výrazné, s přibývajícími lety se však zvětšují.

Ve věku 8 až 11 let dosahují v motorických testech častěji lepších výsledků chlapci než dívky. V motorickém projevu je možné stále častěji pozorovat zvyšující se počet kvalitativních znaků optimálně provedeného pohybu. Mizí nadbytečnost pohybu, chlapci i dívky zvládají stále složitější struktury pohybových úkolů.

Mladší školní věk (prepubescence, školní dětství) je dobou zvýšené pohybové vnímavosti, kdy je postupně celková mobilita zvládávána, přičemž zásadní je motivace a vliv osobnosti rodiče a učitele. V tomto věku jsou děti schopni mimo jiné zvládnout základy sportů, resp. pohybových aktivit, konkretizovaných ve školních osnovách tělesné výchovy.

Motorické schopnosti jsou již identifikovatelné jako základní schopnosti silové, rychlostní, vytrvalostní a obratnostní. Struktura motorických schopností je po osmém roce věku podobná struktuře dospělého jedince:

- silové schopnosti se rozvíjí plynule, ale zjištěné hodnoty indikátorů ukazují na relativně pomalý rozvoj. Doporučuje se komplexní rozvoj síly zvláště trupu a velkých skupin, a rozvoj svalstva pro správné držení těla,
- rychlostní schopnosti se rozvíjí relativně rychle, takže je nanejvýš vhodné věnovat pozornost rozvoji jak rychlosti reakční, tak rozvoji rychlostí akčních (lokomoční, akcelerační a se změnou směru),

- vytrvalostní schopnosti, resp. jejich bezproblémový rozvoj je podmíněn konkrétností úkolu, jeho ohraničeností, individualizací a vytříbeností zvýšené motivace. Obecně lze říci, že děti jsou schopny se přizpůsobit větší tělesné zátěži. V tomto věkovém období se pohlavní rozdíly ve výkonnosti tolik neprojevují, rozdíly jsou patrnější ve volných vlastnostech. Pro rozvoj vytrvalostních schopností jsou doporučovány metody střídání velikosti intenzity zatížení podle subjektivních pocitů,
- obratnostní (koordinační) schopnosti vykazují v mladším školním věku mohutný a podle pohlaví téměř nerozlišený vývoj. Doporučuje se využít předpokladů tohoto věkového období a učit děti zvládnout integraci naučených kvalit jednotlivých fází složitého pohybu, jejímž výsledkem je dosažení harmoničnosti celého pohybu.

Motorické dovednosti – ve školním věku by mělo být osvojování nových pohybových činností, resp. učení se novým motorickým dovednostem v souladu s vývojovými předpoklady a individuálními zvláštnostmi dětí.

V procesu motorického učení je realizováno zdokonalování dříve nabytých a získávání nových dovedností ve dvou úrovních, na úrovni neorganizovaného procesu a na úrovni procesu organizovaného. Neorganizované učení se motorickým dovednostem probíhá mimo školu (i mimo organizované sdružení, sportovní oddíly apod.) neuvědoměle, neplánovitě, neodborně, spontánně, nejčastěji v kolektivu vrstevníků či v rodině, bez odborného vedení. Organizovanost procesu motorického učení, jeho promyšlenost, plánování a odbornost souvisí ve škole především s realizací osnov tělesné výchovy, ve sportovních oddílech s tréninkovými plány, v ostatních sdruženích je úroveň závislá na osobnosti vedoucího.

(Hájek, 2001)

2. 3. 2. Pubescence 11-15 let (stadium středního školního věku)

2. 3. 2. 1. Bio-psycho-sociální charakteristika

Puberta je obdobím pohlavního dospívání a nového začleňování osobnosti do společnosti. Je to období pronikavých změn ve vývoji osobnosti a značných problémů v rodinné a i školní výchově. Puberta se ohraničuje somatickými změnami. U dívek začíná prvními menses (menarché), u chlapců první noční polucí a trvá do dosažení reprodukční schopnosti. V našich současných podmínkách je to přibližně období od 13 do 15 let, u chlapců asi o rok později než u dívek, u obou pohlaví se značnými individuálními rozdíly.

Předcházející období přechodu od dětství k dospívání se nazývá prepuberta. Začíná prvními náznaky pohlavního dospívání, zvláště sekundárních pohlavních znaků, a výrazným růstem do výšky. Prepuberta tedy trvá přibližně od 11 do 13-14 let a vyznačuje se v mírnější podobě biologickými, psychologickými i sociálními znaky puberty. (Čáp, 2001)

V prepubertě tak jako v předchozím klidnějším období v příznivém případě pokračuje zvyšování kompetencí, úsilí o dobré výsledky ve škole a v zájmových činnostech. Chlapci a dívky si rozšiřují a prohlubují vědomosti, zdokonalují dovednosti, pokračuje rozvíjení intelektu. Dobré výsledky ve škole a v zájmových činnostech i jejich kladné hodnocení významnými druhými podporují sebehodnocení mladistvých, budování jejich jistoty, překonání pocitů méněcennosti. V nepříznivém případě mladiství nevyvíjejí úsilí, nedosahují dobrých výsledků ani ocenění, prohlubuje se jejich nejistota až komplex méněcennosti.

Důležitým vývojovým úkolem v prepubertě je začleňování mladistvého do skupiny vrstevníků, navazování širších a trvalejších kamarádských vztahů. Mladiství získávají zkušenosti v sociální interakci a komunikaci s vrstevníky již na vyšší úrovni než v předchozích obdobích. Učí se navazovat komunikaci a vztah, podívat se na události očima druhého, vcítit se do něho, přihlížet k jeho potřebám, vzájemně si pomáhat, spolupracovat, a tím upevňovat a udržovat vztah. V tom je důležitá příprava pro navazování a udržování vztahů partnerských i vztahů v pracovní skupině v následujících obdobích. (Čáp, 2001)

V tomto vývojovém stadiu ovlivňují motoriku velmi výrazně psychologické změny. U chlapců většinou později než u dívek. Pubescenti mají zvýšenou vnímavost a citovou labilitu, střídají se u nich různě dlouhé fáze vitálně optimistické a vitálně depresivní, v chování pak fáze vystupňované aktivity a apatičnosti. To se promítá i do motorického projevu, do ochoty podstoupit fyzické zatížení apod. Celkově se však projevuje zvýšený zájem o různé obory lidské činnosti včetně sportovní, u níž je třeba zdůraznit nutnost naplňování požadavku všestranného tělesného rozvoje. (Hájek, 2001)

V rámci celkového vývoje dochází i ke změně způsobu myšlení, dospívající je schopen uvažovat abstraktně, např. o různých alternativách, které zatím reálně nenastaly. Pubescent se začíná osamostatňovat z vázanosti na rodiče, značný význam pro něho mají vrstevníci, s nimiž se ve větší míře než dříve ztotožňuje. Zakončuje povinnou školní docházku a volí si svoje budoucí povolání, které bude spoluurčovat i jeho sociální postavení. Získává první zkušenosti s počátky partnerských vztahů,

dospívání je dobou prvních lásek. Mnohé změny jsou primárně podmíněny biologicky, ale významně je ovlivňují i psychické a sociální faktory, které jsou ve vzájemné interakci. (Vágnerová, 2000)

Spolu s uvolňováním závislosti na rodičích probíhá v pubertě začleňování do skupiny vrstevníků (obojí proces je pokračováním vývoje z prepuberty). Zkušenosti z komunikace a osobních vztahů v rodině jsou sice základem, ale komunikace a vztahy s vrstevníky jsou pro další začlenění do společnosti rovněž nezbytné. Pubescent hledá ve skupině vrstevníků přijetí jakožto rovnocenný partner. Vrstevníci mají stejné nebo podobné problémy a zájmy na rozdíl od dospělých. Když je pubescent akceptován skupinou vrstevníků, přináší mu to značné uspokojení, jistotu, kladné hodnocení, na jehož podkladě lze budovat sebehodnocení, které bylo otřeseno změnami dospívání a četnými konflikty. Pubescentovi hodně záleží na dobrém přátelském vztahu s vrstevníkem téhož pohlaví a také, pokud je to možné, na partnerovi druhého pohlaví. Již v pubertě, či dokonce v dětství bývají zážitky zamilovanosti, i když v mnoha případech neopětované. Běžně se vyskytují masturbační praktiky (u chlapců většinou dříve než u dívek), které v mladším školním věku (období latence) na čas ustoupily a vyskytovaly se jen vzácně. (Čáp, 2001)

V období puberty se mění i citové prožívání, dospívající bývají emočně labilnější. Citové reakce pubescentů se mnohdy jeví jako méně přiměřené situaci. Dospívající se stávají introvertovanějšími. Mění se i jejich sebehodnocení, bývají zranitelnější a vztahovačtější. Emoční nevyrovnanost je primárně důsledkem hormonálních změn, sekundárně k ní mohou přispívat i změny v oblasti psychiky a v mezilidských vztazích.

Pubescenti začínají uvažovat podle Piageta na úrovni formálních logických operací, to znamená, že dovedou uvažovat hypoteticky, o pouhých možnostech. Jakmile si osvojí tento způsob myšlení, začnou jej považovat za všemocný. Hypotetické myšlení lze chápat i jako úvahu o budoucnosti. Tato změna uvažování se projeví v celkovém přístupu ke světu i k sobě samému. Pubescent bývá hyperkritický, má sklon považovat svoje úvahy za výjimečné. Radikalismus pubescentů lze chápat jako obranu před nejistotou.

Období dospívání označuje Erikson jako fázi hledání a vytváření vlastní identity. Pubescent překračuje hranici aktuální reality a usiluje o sebeurčení i hypoteticky. V procesu rozvoje individuální identity hraje velkou roli přechodné stadium tzv. skupinové identity. V této době nabývá na významu ideál, který si pubescent vytvoří. Významnou součástí identity se stane i profesní role, k níž dospívající svou volbu

směřuje. Zde se projeví i míra jeho identifikace s rodinou a jejími hodnotami. (Vágnerová, 2000)

2. 3. 2. 2. Charakteristika motoriky

V tomto období je podstatou diferenciací a přestavba motoriky. Zatím spíše plynulý, postupný vývoj je u většiny dětí narušen a projevuje se (podle Měkoty třemi typickými negativními projevy) za prvé zhoršením motorické koordinace (koordinované pohyby dětí mladšího školního věku jsou vystřídány těžkopádnějšími, až disharmonickými pohyby, narušena je plynulost a přesnost pohybu), za druhé narušením dynamiky a snížením ekonomičnosti pohybu (švihové pohyby jsou provázeny s nadměrným svalovým úsilím, křečovité, jiné bez náležitého vynaložení síly, ochable, pohybový projev působí nevyrovnaným dojmem, klackovitě, objevují se znovu nadbytečné souhyby a nepřirozeně velký rozsah pohybu, což zhoršuje jeho ekonomičnost), za třetí protichůdností v motorickém chování (určité pohybové úkoly jsou řešeny s enormní aktivitou, plnění jiných je považováno za obtížné, ve sportovním tréninku se jednou projevuje laxnost, jindy horlivost).

Vývoj motoriky pozitivně ovlivňuje pravidelně prováděná, odborně vedená pohybová aktivita, takže ve sportovní motorice někdy nejsou výše uvedené negativní jevy patrné. Nevyrovnanosti a narušení také nepostihují všechny pubescenty v plném rozsahu, jejich projevy jsou individuálně značně odlišné, u chlapců jsou obtíže větší než u dívek. Popsané negativní jevy v motorice dívek vrcholí průměrně ve 13 letech, u chlapců o něco později. Morfologické disproporce přispívají k tomu, že se zvláště ve druhé fázi puberty někteří jedinci, zvláště dívky, vyhýbají tělesným cvičením.

Ke konci stadia puberty, kdy se tělesné proporce vyrovnávají a kdy dochází ke zvýraznění mužských a ženských anatomických znaků, se začíná projevovat specifická mužská a ženská motorika. V motorickém projevu dívek převládá zaoblenost a schopnost plynule realizovat přechody mezi jednotlivými fázemi pohybu i mezi jednotlivými pohybovými celky. V pohybech chlapců je patrné narůstání silových schopností, pohyby však nejsou tak plynulé. Období po překonání puberty je obdobím velmi příznivým pro rozvoj motorických schopností a dovedností. Začíná se projevovat zásadní rozdíl ve výkonnosti chlapců a dívek.

Motorické schopnosti a jejich rozvoj procházejí v období puberty určitými změnami, jistou přestavbou motoriky, která se nejvíce projevuje u obratnostních schopností:

- obratnostní (koordinační) schopnosti; během puberty dochází k poklesu především koordinační výkonnosti, u dívek dříve než u chlapců (11-13 let, resp. 13-14 let). Silně bývají postiženy schopnosti diferenciací a rytmické, dále pak schopnosti rovnováhy a prostorově – optického vnímání. Rychlý růst kostí (růstová akcelerace) zhoršuje také kloubní pohyblivost a svalovou elasticitu,
- silové schopnosti v tomto věkovém období se rozvíjejí jednak na základě růstu těla (celková svalová síla je závislá více na hmotnosti než na výšce těla), a jednak tělesnými cvičeními podněcujícími biologické faktory, které podmiňují jejich rozvoj. Silové schopnosti jednotlivých svalových skupin se rozvíjejí nerovnoměrně. Rozvoj síly se zpočátku období zpomaluje, a to také proto, že růst kostí do délky je rychlejší než růst svalstva. Rovněž vhodnější proporce mezi délkou svalů a jejich objemem nastávají až v pubertě. S věkem se rozdíl mezi chlapci a dívkami v úrovni silových schopností zvětšuje, přírůstky síly jsou výrazné zvláště u chlapců. Ke konci období se rozvíjejí především silové schopnosti staticko – vytrvalostního charakteru,
- rychlostní schopnosti; pro rozvoj všech forem rychlosti je neoptimálnější věkové období od 7 do 14 let. V pubescenci může dojít k určitému zpomalení rozvoje rychlosti, ale obecně platí, že rozvoj rychlostních schopností probíhá v těsné souvislosti s rozvojem svalové síly. Příkladem rychlostně – silové schopnosti je rychlá frekvence pohybu (tapping či běh na krátkou vzdálenost), jejíž maximální roční přírůstky jsou u chlapců ve 13-14 letech a jsou větší, u dívek o rok dříve a jsou menší. Podobně je tomu u pohybů rychlostně obratnostní povahy (různé slalomové dráhy). Rozvoj rychlosti ve spojitosti s prostorovou orientací ovlivňuje rozvoj obratnosti, což vytváří příznivé podmínky pro učení se novým motorickým dovednostem. Pokud jde o rychlost pohybové reakce, která je geneticky podmíněna výrazně, je možné říci, že její zlepšování trvá až do 15let, kdy dosahuje téměř úrovně dospělých. Lepších výkonů dosahují chlapci než dívky,
- vytrvalostní schopnosti; záměrný rozvoj vytrvalostních schopností závisí na funkčních možnostech každého jedince a jeho schopnosti mobilizovat volní úsilí. V období pubertální akcelerace jsou u organismu vytvářeny vhodné podmínky pro zvýšení hodnot maximální spotřeby kyslíku, a proto se doporučuje rozvíjet v tomto období funkční kapacity kardiopulmonálního systému, tzn. vytrvalost aerobního typu. Výkonnost chlapců a dívek se po třináctém roce prudce rozchází. U chlapců pokračuje přirozená tendence přírůstku výkonnosti, zatímco u dívek dochází ke stagnaci nebo i

poklesu výkonnosti. Omezit či změnit tento negativní vývoj vytrvalostních schopností u dívek je jedním z velkých úkolů školní tělesné výchovy.

Motorické dovednosti ve stadiu pubescence, resp. jejich zdokonalování a osvojování nových, ovlivňují dva zdánlivě protichůdné jevy. První je, že toto období je obdobím přestavby (strukturálních změn) lidské motoriky a není tedy nejvhodnějším pro učení se novým, složitějším motorickým dovednostem, a druhý, že je zároveň obdobím vysoké úrovně docility, tj. rychlého racionálního chápání a schopnosti učení se novým dovednostem se širokou přizpůsobivostí motoriky k měnícím se podmínkám. Období docility je vlastně první fází pubescence, tzv. „zlatý věk motoriky“ (11-12 let, s rozdílem 1-2 roky dříve u dívek), k níž ale zároveň patří i období konce puberty (14-15 let, s rozdílem 1-2 roky dříve u dívek). V motorickém učení jsou v této fázi mnohé motorické dovednosti osvojovány jako celek, a často po první ukázce. Jiné, již dříve nabyté dovednosti, jsou zdokonalovány a kultivovány. Druhou fází stadia pubescence je období přestavby, resp. období puberty (12-14 let, s rozdílem 1-2 roky dříve u dívek). Disharmonie ve vývoji motoriky pramenící z přestavby celého organismu by ovšem neměla být důvodem pro omezení pohybových aktivit, což se projevuje především u dívek. V pubescenci je naopak žádoucí dále rozvíjet motorickou učenlivost a z hlediska školní tělesné výchovy to dokumentují požadavky školních osnov tělesné výchovy (TV). Na základě zkušeností učitelů lze konstatovat, že je-li vhodná motivace, tak potom proces permanentního zdokonalování a nabývání nových dovedností je realizován, má jen jiné formy a průběh.

(Hájek, 2001)

2. 4. Hry a cvičení v přírodě

2. 4. 1. Charakteristika hry

Hra je stará jako kultura a civilizace, ba mnohem starší. Po dlouhá tisíciletí patřila k tak všedním a samozřejmým věcem, že jí nikdo nevěnoval zvláštní pozornost. V devatenáctém století se o ni začali hlouběji zajímat antropologové a národopisci, ale teprve v naší době se hře dostalo zasloužené pozornosti. Psychologové v ní rozeznali důležitý vývojový činitel. Sociologové zjistili, že hra má významný podíl na integraci

jedince do společnosti. Psychiatři objevili hru jako účinný terapeutický prostředek. Pedagogové pochopili, že mohou hry, závody a soutěže všestranně využít ve výchovně vzdělávacím procesu (Zapletal, 1987). Hra je tedy brána jako důležitý faktor rozvoje osobnosti.

Hra byla od počátku neobyčejným druhem setkání. Byla něčím zvláštním, slavnostním a povznášejícím. Hra je skutečně svět sám pro sebe, ale i pro nás. Vcházíme do tohoto světa, abychom se stali jinými, abychom nacházeli sami sebe a setkávali se s ostatními lidmi. Odnepaměti také hledáme odpovědi na to, jakou funkci vlastně má hra v životě člověka a proč si vůbec lidé hrají. (Neuman, 1998)

Závěry některých teorií a úvah o hrách:

- Ve hře člověk pookřeje, což dalo vzniknout názoru, že funkce hry tkví v obnovování sil. Něco na způsob aktivního odpočinku.
- Děti jako veškerá mládež si hrají také proto, že potřebují uvolnit přebytkovou energii.
- Ve hře jako by dítě rekapitulovalo znovu celý vývoj lidstva. Ve hře prý ožívají činnosti předků, a to v posloupnosti, jak se objevovaly. Některá cvičení v přírodě by podle této teorie mohla připomínat dávný život lidí v drsných přírodních podmínkách.
- Dobrá hra člověka uspokojuje a může být považována za prostředek katarze, umožňující mu znovuočištění a uvolnění po silné emoci nebo náročné situaci.
- Hra se může stát za určitých okolností pomocníkem při řešení vnitřních konfliktů lidí.
- Někteří psychologové ve hře nalézají uspokojování potlačených pudů. V psychoanalýze byla podnětem ke hře a jejímu opakování snaha vyrovnat se s nějakou rušivou situací tím, že ji člověk ve hře aktivně reprodukuje a stane se sám činitelem. Hra se zde stala prostředkem k objasnění vývojových fází a k překonávání duševních obtíží.
- V duchu Darwinovy teorie se hra začala považovat za procvičování instinktů důležitých pro další život dítěte. To ukázalo její význam v přípravě na život. Tak hra vstupuje také do vážné lidské činnosti.
- Hra jako aktivní opakování a zkoušení nezvyklých činností pomáhá zvládnout nové situace a získávat životní zkušenosti.
- Ve hře projevujeme také radost ze života. Hra prý má mnoho společného se smíchem.
- Hru můžeme považovat za základní existenční fenomén, pomocí něhož člověk napodobuje určitou činnost nebo se kultovně snaží přiblížit něčemu vyššímu, aby nakonec sám sebe proměnil.

- Hra je pradávny jev, který musíme chápat v jeho celistvosti, jako formu činnosti živočichů, dětí i dospělých.

(Neuman, 1998)

2. 4. 2. Definice pojmu hra

O přesnou a výstižnou definici hry se již pokoušelo mnoho psychologů, pedagogů, sociologů, antropologů a dalších vědeckých pracovníků. Zatím se však nikomu nepodařilo vytvořit takovou definici, která by všechny uspokojila. Je to především tím, že pod jedním společným pojmem se skrývá nesmírné množství lidských aktivit. Hra pokrývá tak širokou oblast, že dokonce nejsou ani přesně vymezeny její hranice. Jaký je vlastně rozdíl mezi dětským hraním a hrou, mezi hrou a zábavou, hrou a závodem, hrou a soutěží? Na tyto otázky se hledá odpověď dost nesnadno. (Zapletal, 1987)

Pravděpodobně nelze nalézt všeobjasňující teorii hry. Hru, ale mohou blíže specifikovat podstatné znaky jako: nejistota výsledků, řízenost pravidly, vážnost, zábava, radost, potěšení, dobrovolnost, samoučelnost, vnitřní nekonečnost, zdánlivost, dvojakost, uzavřenost, dramaticnost a přítomnost (odehrává se v současnosti – teď a nyní).

Hra je forma chování s jednoduchou strukturou cílů a časovou perspektivou. Správná hra obvykle obsahuje útok, únik, sledování, srovnávání, napodobování, změnu, důvěru a náhodu. Hra má rysy dobrodružnosti obsažené v každém novém objevování i překonávání. Prvkem dobrodružství je také zisk, proto jsou přitažlivé hazard a riskování. Dobrodružnost se projevuje i v překonávání soupeře.

Ve hře nacházíme momenty překvapení. Každá hra totiž začíná pohybem, jehož jednotlivé fáze či důsledky nejsou beze zbytku předpověditelné, a to přináší prvek překvapení. Ve hře je něco, co si hraje i s hráčem, a to dělá hru zajímavou a dobrodružnou. Hra poskytuje pocit, že něco objevujeme, přenáší nás do nové reality, a tím v nás vyvolává zážitek „plynutí“, plného soustředění na činnost, ve které jsou vyrovnány naše dovednosti s předpokládanými nároky.

Hra se nám jeví ve dvou rolích – jednou jako prostředek, podruhé jako prostor k získávání prožitku a zkušeností. Dokonce lze říci, že hra je sama sobě učitelem, neboť vyžaduje od hráčů vysokou úroveň sociálních vztahů. Stejně nároky má hra na vedoucího, když vyžaduje jeho aktivitu, trpělivost, pružnost jednání, rychlé reagování,

pozornost, fantazii, vytrvalost a připravenost k učení. Člověk si vlastně hraje tehdy, když splňuje uvedené požadavky, tedy hraje si tam, kde je celým člověkem.
(Neuman, 1998)

2. 4. 3. Smysl her a cvičení v přírodě

Rozmanitost, v jaké je hra chápána, ukazuje široké spektrum možností působení hry. A je obzvláště zajímavé a důležité si uvědomit, že to platí také pro okruh dobrodružných her v přírodě. Probíhají rovněž v onom ovzduší napětí podporovaném nejistotou konce, jsou doprovázené intenzivními sociálními procesy ve skupině hráčů, vedou k uvědomování si vlastních možností i u jednotlivců. Mohou se tedy za určitých předpokladů (výběr, vedení a hodnocení) všestranně promítat v růstu osobnosti. Mohou být i dobrou školou zvládání náročných situací a přípravou na život.

Hlubší smysl cvičení a her v přírodě lze v obecné rovině nalézat v následujících oblastech:

- působí na sféru emoční a psychickou,
- dovedou ovlivnit pocity a postoje hráčů,
- obohacují hráče o zážitky a nové zkušenosti,
- pomáhají zvyšovat sebedůvěru a sebehodnocení,
- přinášejí nové pohledy na vlastní tělesnost, potěšení z vlastní existence,
- jsou významným prostředkem rozvíjejícím sociální vztahy,
- budují důvěru k ostatním lidem, učí ohleduplnosti a odpovědnosti,
- podporují komunikaci a spolupráci,
- rozvíjejí psychomotoriku, tělesné schopnosti a zvyšují tělesnou kondici,
- otvírají příležitosti k získávání prožitku přírody.

(Neuman, 1998)

2. 5. Psychosomatický pohled na astma

Psychosomatika se zabývá vztahy mezi duševním a tělesným, které nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako spojené nádoby či jako vzájemně propojené systémy.

Lipowski (1986) chápe psychosomatickou medicínu jako vědeckou a klinickou disciplínu, která má výrazně meziooborový charakter a která se zabývá:

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormními fyziologickými funkcemi,
- studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými činiteli v etiologii, načasováním začátku příznaků, průběhem a vyústěním všech nemocí,
- zdůrazňováním bio-psycho-sociálního přístupu v péči o nemocné,
- aplikací psychiatrických a behaviorálních léčebných metod v prevenci, léčení a rehabilitaci nemocí.

Poněšický (in: Povídaní o astmatu II, 2003) zdůrazňuje, že psychicky může být podmíněna jakákoliv tělesná porucha, od dramaticky působící psychogenní slepoty či obrny až po tělesné napětí s vegetativními příznaky jako je zvýšené pocení, pocity tělesného vyčerpání a únavy, bolesti hlavy, páteře, ale také bronchiální astma a náchylnost k alergiím.

Mnohé nejasnosti v patogenezi astmatu a zřejmý vliv emočních faktorů jsou důvody, proč bylo astma bronchiale od počátku řazeno mezi choroby psychosomatické. Stejně jako v ostatních oborech se ani zde nepodařilo najít jednu jedinou nezbytnou psychickou příčinu nemoci. Navíc se ukázalo, že jde o onemocnění s velmi komplikovanou patogenezi, kde se uplatňuje řada vlivů nejrozličnějšího charakteru (od vrozených mechanismů až po změny imunologických a vegetativních reakcí). Proto také jde o velmi nehomogenní diagnostickou kategorii. Tomu též odpovídá menší přehlednost publikovaných psychosomatických teorií. (Baštecký, 1993)

Vedoucím symptomem astmatického záchvatu je dušnost s pocitem ohrožení života, většinou s nemožností vzduch zcela vydýchnout, i když mnozí pacienti mají pocit nedostatku vzduchu i k nadýchnutí. S tímto tělesným příznakem je spjata úzkost, neklid vyvolávající až pocit nemohoucí zlosti. Při panické úzkosti někdy následuje hyperventilace (rychlé, hluboké a překotné dýchání) a s ní spojené dodatečné potíže jako mravenčení, křeče v rukou, bolesti hlavy a závratě. (Poněšický, 2002)

Poměrně snadno lze prokázat změny průsvitu bronchů následkem emočních reakcí i pod vlivem hypnózy, proto se řada autorů s úspěchem věnuje tomuto tématu. Zde se, ale upozorňuje na velkou individuální variabilitu reakcí astmatiků na emoční vlivy.

Danzer (2001) uvádí, že bylo pozorováno kdy astmatická choroba zmizela, když se postižení pacienti stali schizofrenními. Měli pak jiné trápení, do kterého vkládali a v němž prožívali dalekosáhlé úzkosti svého bytí. Astma jako by „už nebylo potřebné“.

Groen (1979, in: Baštecký 1993) referuje o své práci, v níž se v laboratoři dařilo vyvolávat astmatické záchvaty, když byly imitovány přirozené situace, ve kterých se záchvaty spontánně objevovaly v životě nemocného.

Silnou vazbu astmatických potíží tam, kde jsou psychogenně podmíněny na nejužší rodinné prostředí, potvrzuje i časté pozorování, že při vzdálení se dítěte z rodiny (hospitalizací, návštěvou apod.) záchvatů výrazně ubývá a zase jich pak přibývá po návratu dítěte zpět do rodiny. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000)

Celistvější teorie vzniku astmatických záchvatů pocházejí z psychoanalytického okruhu. Jsou názornou ukázkou psychoanalytického myšlení v psychosomaticce. Autoři se shodují na pojetí intrapsychického konfliktu vycházejícího z extrémní závislosti dítěte na matce. Konflikt závislosti se ale u pacientů s astmatem liší od pacientů trpících vředovou chorobou. Zatímco u vředové choroby je v základu konfliktu přání být matkou krmen, u astmatiků jde o vystupňované nevědomé přání být matkou chráněn a obklopen – a v rámci této psychologické konfigurace může astmatický záchvat precipitovat každá skutečná nebo hrozící separace od mateřské figury. (Baštecký, 1993)

Alexander (1968, in: Baštecký 1993)) formuluje svůj popis intrapsychického konfliktu astmatika takto: „Ústřední konflikt u pacientů s bronchiálním astmatem vychází z vnitřních impulsů, které ohrožují vztah nemocného k matce nebo mateřské figuře. Některé matky reagují na první známky sexuální touhy malého dítěte směřující k nim odklonem a odmítnutím. Sexuální touha se tak stává vnitřním nebezpečím, které ohrožuje ztrátou matčiny náklonnosti. Později v životě je velmi obvyklou spouštěcí situací pro astmatické záchvaty nastávající svatba. Tito nemocní jsou schopni váhat se svatbou, u mnoha pacientů byla pozorována dlouhá období zasnoubení. Syn cítí matčin nesouhlas s plánovanou svatbou a je držen mezi láskou ke své snoubence a strachem ze ztráty matčiny lásky. Dívka také může vnímat matčinu nevědomou žárlivost a může být drcena mezi sexuálními touhami a strachem z matčina nesouhlasu.

Nejvíce specifický rys těchto pacientů je však jejich konflikt kolem pláče. Pláč, první prostředek dítěte k volání matky, je inhibován pro strach z matčina zapuzení. Matky astmatických pacientů prokazují ambivalentní postoje, současně svádivé i odmítající. Později v životě obtíže volat matku pláčem navozují obtíže důvěřovat nepředpověditelné matce nebo mateřské figuře. Tito pacienti mají konflikt mezi přáním důvěřovat a strachem z důvěry. Tak se strach z odcizení matky soustřeďuje na verbální komunikaci, což vysvětluje postižení respiračních funkcí. Astmatickému záchvatu lze

rozumět jako zabránění použití expiračního aktu ke komunikaci, ať již pláčem, nebo vyznáním.“

Psychodynamicky bývá záchvat vykládán jako projev hněvu při ohrožení potřeb jistoty, závislosti a péče, který však nemocné dítě nedokáže projevit otevřeně, protože to nedovede nebo protože se bojí, že by tím o daný vztah přišlo. Proto svůj hněv vyjadřuje záchvatem, který mu nadto zajistí potřebný citový příklon, jehož ztráty se obává. (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000)

Problémy vyplývající ze závislosti na mateřské figuře mohou být způsobeny chybami na obou stranách. Dítě v normálním rodinném prostředí může být neschopno vyřešit úkoly určitých vývojových období a nedokáže si vybudovat dostatečnou autonomii. Řešení vývojových úkolů může být ale ztíženo až znemožněno i nevhodnou výchovou a patogenními postoji matek. Proto byla pozornost věnována i matkám astmatických dětí. Byly popsány tři typy postojů matek:

1. otevřeně overprotektivní postoj (přehnaně ochranný) – může být příčinou nezralosti a závislosti dítěte,
2. perfekcionista postoj – tyto matky se někdy jeví jako chápavé a akceptující své dítě, jindy jsou příliš ambiciózní a čekají od dítěte příliš mnoho, projevují mu svou lásku, jen když vyhovuje jejich ambicím; často jsou jejich přání sdělována neverbálně,
3. otevřeně rejektivní (odmítavý) postoj hostilní, dominující, kritické a netolerantní matky. (Baštecký, 1993)

Rees (1963, in: Baštecký 1993)) se pokusil tuto kategorizaci mateřských postojů aplikovat v kontrolované studii. 170 matek astmatických dětí a 160 matek dětí léčených na úrazové jednotce bylo vyšetřeno „slepými“ psychology. Uspokojivý mateřský vztah byl nalezen u 44% sledované skupiny a u 82% matek kontrolní skupiny. 44,5% matek astmatiků bylo overprotektivních (z nich jedna čtvrtina až po onemocnění dítěte), 7% perfekcionista a 4,5% otevřeně rejektivních.

Dítě i matka chtějí zároveň blízkost a zároveň volnost. Astmatický záchvat lze potom interpretovat jako křik po matce i po osvobození z jejích osidel. Když však individuace znamená ztrátu a naopak intenzivní vztah vylučuje svobodu a rozvoj, pak oboje není slučitelné. Jedno vylučuje druhé a oboje svou výlučností vyvolává úzkost. V úzkém vztahu úzkost z nedostatku svobody (vzduchu), při separaci úzkost ze ztráty blízkého člověka (matky). I ze strany matky se jedná většinou o ne zcela vědomé odmítání starosti o dítě, tím více překryté přílišnou protektivitou a úzkostností.

Na základě rozvoje symptomů astmatu a opakovaných stavů dušnosti se rozvíjí bludný kruh – matka zúskostní, o to více se o dítě stará a zvyšuje i úzkost dítěte. Zvýšený intrathorakální tlak způsobí zúžení dýchacích cest a spolupodílí se na výdechovém stridoru, k tomu přistupuje i parasympatická bronchokonstrikce. Výsledná celková hyperreaktivita dýchacích cest je živnou půdou pro zesílení alergických imunologických reakcí. Celkově se odhaduje, že podíl zátěžové psychické situace činí 67%. Tam kde hrají hlavní roli somatické příčiny, stačí i nepatrná psychická zátěž a naopak při slabší somatické predispozici je k vyvolání záchvatu zapotřebí silná psychická zátěž. (Poněšický, 2003)

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1. Cíle práce

Cílem práce je:

- utřídit a shrnout teoretické poznatky o astmatu v dětském věku a jeho psychosomatických zvláštностech,
- promyslet a vytvořit přiléhavý kinezioterapeutický program s využitím her a sportů v přírodě pro děti mladšího a středního školního věku s diagnózou astma bronchiale,
- za pomoci výzkumných metod sběru dat zhodnotit vliv tohoto kinezioterapeutického programu na osobnostní charakteristiky a zdravotní stav dětských astmatiků.

3. 2. Hypotézy

3. 2. 1. Teoretická východiska pro hypotézy

Následující souhrn poznatků teoretické části vede k vytyčení a formulaci hypotéz:

Astma se může objevit v každém věku, v mnoha případech však začíná již velmi časně v dětství. Zpětně zjišťujeme, že u většiny nemocných s těžkou formou nemoci v dospělosti začalo astma již v dětském věku. Právě v tomto věkovém období tak zřejmě bude i klíč k co nejúčinnějšímu ovlivnění nemoci jak včasnou léčbou, tak preventivními opatřeními.

Astmatické děti vykazují v porovnání se zdravými vrstevníky kromě vyšších hladin úzkosti a neuroticismu také zvýšené skóre osobní méněcennosti a denního snění, poruchy sebehodnocení a nepřiměřený odhad budoucího výkonu (úroveň aspirace), přetrvávání infantilismu v oblasti sociálních vztahů a přechod mezi extroverzí a introverzí.

V patogenezi astma bronchiale hraje podstatnou roli psychická složka, na níž se podílí rodinné zázemí a výchovný přístup k nemocnému dítěti. Dlouhodobější pobyt dítěte mimo rodinné prostředí může vést u některých dětí ke zmírnění průběhu onemocnění v důsledku snížení psychických nároků na dítě.

Vzhledem k tendenci dětských astmatiků k nízké úrovni tělesné zdatnosti a příznivým vlivům pohybové aktivity na průběh onemocnění je v rámci režimové terapie astma bronchiale nezbytné zastoupení pohybové aktivity a sportu.

Somatopsychickým působením prostřednictvím aktivního kontrolovaného pohybu a herních aktivit lze ovlivnit sebedůvěru a sebepoznání dítěte i jeho postoj k vlastnímu tělu.

Vybrané přístupy v kinezioterapeutických programech napomáhají pacientům k uvolnění vnitřního napětí a redukci úzkostných stavů.

Na zdokonalování motoriky dětí nemá vliv jen růst a celkový fyzický a intelektuální vývoj, ale i školní vyučování a hlavně všechny formy organizovaných i neorganizovaných aktivit.

Disharmonie ve vývoji motoriky pramenící z přestavby celého organismu by neměla být důvodem pro omezení pohybových aktivit, což se projevuje především u dívek. V pubescenci je naopak žádoucí dále rozvíjet motorickou učenlivost. Je-li vhodná motivace, tak potom proces permanentního zdokonalování a nabývání nových dovedností je realizován, má jen jiné formy a průběh.

Rozmanitost, v jaké je hra chápána, ukazuje široké spektrum možností působení hry. To platí také pro okruh dobrodružných her v přírodě. Tyto hry za určitých předpokladů (výběr, vedení a hodnocení) mohou působit na růst osobnosti. Mohou být i dobrou školou zvládání náročných situací a přípravou na život. Hry v přírodě působí na sféru emocionální a psychickou. Pomáhají zvyšovat sebedůvěru a sebehodnocení. Podporují komunikaci a spolupráci a rozvíjejí sociální vztahy.

3. 2. 2. Formulace hypotéz (výzkumné otázky)

Má kinezioterapie potencionál stát se významnou složkou v léčbě dětských astmatiků?

H1: Lze předpokládat, že kinezioterapeutický program bude mít vliv na úzkostnost dětských astmatiků v pozitivním smyslu.

H2: Lze předpokládat, že hry a sporty v přírodě budou mít pozitivní vliv na sebedůvěru, důvěru v druhé a sebehodnocení astmatických dětí.

H3: Lze předpokládat, že hry a sporty v přírodě budou více rozvíjet komunikaci a sociální vztahy u astmatických dětí.

3. 3. Metodika výzkumu

3. 3. 1. Plán výzkumu

Hendl (1997) mluví o tom, že výzkumník má být připraven provést kvalitativní i kvantitativní výzkum. Disman ve své knížce „Jak se vyrábí sociologická znalost“ vysvětluje, že kvalitativní a kvantitativní metody mají komplementární povahu systému výzkumu, přičemž lapidárně konstatuje, že kvalitativní výzkum pomáhá porozumět pozorované realitě a kvantitativní výzkum testuje validitu tohoto porozumění.

Můj projekt si neklade za cíl jasně prokázat, jestli mnou sestavený kinezioterapeutický program má kladný vliv na astmatické děti. Spíše se snaží prozkoumat možnosti kinezioterapie v léčbě astmatu u dětí. Můžeme ho považovat za snahu o jednu z počátečních (pilotních) studií orientovat se na poli pohybové terapie a astmatu, která jako prostředků využívá hry, sporty v přírodě a lanové dráhy. Vzhledem k tomu, že jde o pilotní studii bude metodou výzkumu kvalitativní výzkum, jehož prioritním cílem je získat vhled, porozumění a orientaci v řešeném problému. Současně se bude částečně opírat o kvantifikovaná data, které jsem získal ve třech osobnostních dotaznících. Kvalitativní přístup k problému bude tedy částečně podpořen přístupem kvantitativním.

Kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: Člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé své šíři a ve všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech. Kvantitativní výzkum je naopak reduktivním zkoumáním: Výzkumník, který stojí před mnohorozměrností objektu zkoumání si uvědomuje nemožnost zachytit ji přesně ve všech jejích podobách. Vybírá

proto jen některé z nich a ty potom pečlivě studuje. Jeho zjištění mohou být přesnější, ale často jim chybí kontext. (Ferjenčík, 2000)

Tento rozdíl mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem ke zkoumání najdeme velmi jasně vyjádřený i ve dvou filozofických proudech: pozitivismu a fenomenologii. Zatímco pozitivismus přímo nabádá ke kvantifikaci a manipulaci s předmětem výzkumu, fenomenologie navrhuje, aby výzkumník nechal jev sám, aby se před ním ve své plné šíři a hloubce odhalil. Úkolem výzkumníka tu není přímo působit a měnit objekt výzkumu, ale spíše naopak, pozorovat tento objekt ze všech možných úhlů a perspektiv. (Ferjenčík, 2000)

3. 3. 2. Zdroje a techniky sběru dat

Strauss a Corbinová (1999) uvádějí, že lze úspěšně kombinovat kvalitativní a kvantitativní metody v následujících případech: (a) kvalitativní údaje mohou být využity pro ilustraci nebo vyjasnění kvantitativně odvozených závěrů, (b) nebo můžeme kvantifikovat výsledky demografického průzkumu, (c) kvantitativní údaje lze použít k částečnému ověření svých závěrů získaných kvalitativní analýzou. Ve své diplomové práci jsem zvolil poslední zmíněnou možnost.

Využil jsem těchto metod získávání dat:

- pozorování jako nejzákladnější techniku sběru dat, které probíhalo po celou dobu konání programu. Pozorování jsem zaměřil na aktivitu v průběhu programu, přijetí činností, spolupráci s terapeutem, spolupráci ve skupině, nárůst sebedůvěry a sebevnímání, rozvoj komunikace ve skupině,
- rozhovoru jako zprostředkovaného a vysoce interaktivního procesu získávání dat. Rozhovor byl zaměřen na úspěšnost a oblibu jednotlivých lekcí. Rozhovor s personálem léčebny na získání dostupných informací o souboru. Výpověď personálu o změnách v chování u dětí v průběhu programu kinezioterapie. Rozhovor s pacienty na konci celého programu. Musíme si být, ale vědomi toho, že jakákoliv verbální výpověď nedokáže v úplnosti vyjádřit jedinečnost předmětu nebo skutečnost. To co si myslíme nebo cítíme, není vždy možné adekvátně vyjádřit pomocí řeči,
- osobnostních dotazníků, které zde níže přiblížím:

Rohnerova metoda rodinné diagnostiky

Metoda rodinné diagnostiky je použitelná v oblasti dětské klinické psychologie i poradenské a soudní praxi tam, kde problematika zahrnuje mezilidské vztahy v rodině. V případě adaptačních poruch, tj. poruch chování, dětských neurotických potíží, některých typech školního selhání, při rozvodových problémech apod. Při rodinné psychoterapii by tato metoda mohla poskytnout užitečný vhled do počáteční situace i kontrolu účinnosti terapeutické intervence.

Je samozřejmé, že nejde o metodu, na níž by bylo možné zakládat klinickou diagnózu. Je však velmi užitečná jako součást celkového vyšetření, kde je volba dalších metod dána charakterem problematiky.

PAQ, dotazník sebehodnocení dítěte vznikl v roce 1971. Rohner pomocí mnoha studií dokazoval, že metoda je univerzálně použitelná, bez ohledu na kulturní oblast, i když způsob sebereflexe může být v tomto směru ovlivněn. Dotazník pro dítě, které zde hodnotí své vlastnosti a chování má 42 položek, rozdělených do 7 subškál:

1. Hostilita a agresivita
2. Závislost
3. Negativní sebeocenění
4. Negativní hodnocení vlastních schopností
5. Inhibice citových projevů
6. Emoční labilita
7. Pesimismus

Uvedené kategorie by mohly v podstatě charakterizovat míru adaptace dítěte, Rohner mluví o skóru „mentálního zdraví“. Jestliže se dítě hodnotí jinak, než široký průměr dětské populace do které patří, lze předpokládat určité problémy v prožívání a chování.

Výsledek tvoří souhrn osobnostních charakteristik, které mohou svědčit o adaptačních potížích a problémech v sebepojetí dítěte. Jejich příčina může být dána odchýlnými vztahy v rodině, ale může souviset i s jinými patogenními vlivy. Výsledek je třeba interpretovat souhrnně a pokud není vysvětlení uspokojivé, použít i jiných, individuálně vhodných metod.

CMAS – Škála zjevné úzkosti pro děti

Škála zjevné úzkosti pro děti – Children's Manifest Anxiety Scale – autorů Castanedy, McCandlesse a Palerma byla publikována v roce 1956. Jde o

sebeuposuzovací metodu, vlastně jednorozměrný dotazník, v níž je dítě dotazováno na symptomy úzkosti. Vznikla úpravou škály pro dospělé, jejíž autorkou je J. Taylorová.

Položky CMAS podle hodnocení psychologů popisují jak fyziologické reakce, tak původní objektivní údaje o obavách, pochybnostech o sobě, úzkosti atd. Konečná verze originálu škály obsahuje 50 položek.

Autoři Fischer a Gjuričová (1974) upravili tuto verzi v několika položkách úzkosti a lži škály. Česká verze je tvořena 42 položkami, zjišťujícími úzkostné symptomy a 11 položkami lži škály.

Normativní údaje byly získány na vzorku čtvrtých, pátých a šestých tříd pražských škol z obvodu 2, 3 a 5. Celkem bylo opakovaně vyšetřeno 337 dětí, z toho 186 chlapců a 151 dívek.

Eysenkův osobnostní dotazník pro děti – Junior Eysenck Personality Inventory (J.E.P.I.)

Tento dotazník má za cíl měřit dvě hlavní dimenze osobnosti u dětí: neuroticizmus vers. stabilita a extroverze vers. introverze. Dotazník se vyvinul z osobnostního dotazníku Maudsley Personality Inventory (Eysenck, 1959) a osobnostního dotazníku Eysenck Personality Inventory (Eysenck, 1960) pro dospělé. Konstrukce dotazníku J.E.P.I. začala starostlivým výběrem otázek, adaptováním a přepsáním některých otázek obsažených ve verzi pro dospělé a přidáním několika dalších otázek. Dotazník se potom ověřil na školní mládeži z oblasti Rotherhamu v Anglii, ale i na velkých londýnských školách. U nás došlo ke standardizaci dotazníku na základních školách v Bratislavě (v roce 1992). Věk vyšetřovaných dětí se pohyboval v rozmezí 7-16 roků a vyšetřování byli jak chlapci tak dívky.

Dotazník zde tedy měří dimenzi extroverze x introverze a dimenzi labilita x stabilita. Extroverze je charakterizovaná družným, aktivním, optimistickým, otevřeným, přístupným a impulzivním chováním, zatímco pro introverzi je charakteristické hloubavé, nespolečenské, pasivní, rozvášné a rezervované chování. Labilní osoba je náladová, popudlivá, precitlivělá, úzkostlivá, rigidní, zatímco stabilní osoba se vyznačuje pokojným, bezstarostným, pohodlným, nenuceným a spolehlivým chováním.

3. 3. 3. Charakteristika sledovaného souboru

Sledovaný a zkoumaný soubor tvořily děti umístěné do Olivovy dětské léčebny o.p.s. v Říčanech na letní prázdninový pobyt v srpnu 2005. Kritériem výběru byla indikace léčebného pobytu na základě základní příjmové diagnózy astmatu nezávisle na stupni závažnosti. Celkem bylo do pohybového programu zařazeno 12 dětí s diagnózou astma bronchiale ve věku 7-16 let. Soubor tvořily všechny děti, které měly od rodičů písemný souhlas, že se mohou zúčastnit pohybového programu a dále v den nástupu při zdravotní prohlídce nebyly shledány jakékoliv zdravotní potíže, které by neumožňovaly účast v pohybovém programu. Účast na jednotlivých lekcích byla od začátku programu vedená jako povinná, ale na žádost bylo možno skupinu kdykoliv opustit.

V léčebně je dětské oddělení rozděleno na dívčí a chlapeckou část, kdy veškeré léčebné programy a procedury jsou vykonávány odděleně vyjma některých večerních programů a vyučování v průběhu školního roku. Mnou zvolený kinezioterapeutický program byl dalším koedukovaným programem.

Následné tabulky upřesňují charakteristiku souboru:

Tab. 1. Početní zastoupení dětí ve skupině podle pohlaví

	celkem	chlapci	%	dívky	%
počet dětí	12	7	58	5	42

Tab. 2. Věkový průměr souboru

	věkový průměr
celý soubor	12,2
chlapci	10,8
dívky	14,0

Tab. 3. Závažnost onemocnění

stupeň astmatu	počet dětí	%
Intermitentní	3	25
lehce perzistující	8	67
středně těžké perzistující	1	8
těžké perzistující	-	-

3. 3. 4. Průběh léčebného pobytu

K léčebnému pobytu do Olivovy dětské léčebny jsou přijímány děti ve věku od 1 do 18 let a to jak samotné, tak s doprovodem. Léčí se zde hlavně opakovaná a dlouhodobá onemocnění dýchacích cest, dále kožních alergických onemocnění. Délka pobytu je 4-8 týdnů, v případě potřeby je i delší. Pobyt je plně hrazen zdravotní pojišťovnou.

V den přijetí podstoupí dítě celkovou prohlídku dětským lékařem, který na základě vyšetření stanoví plán terapie během pobytu, resp. léčebné procedury, které budou aplikovány. Před druhou celkovou prohlídkou je provedeno také spirometrické vyšetření se stanovením objem/průtokové křivky ventilačních parametrů. Dle výsledků tohoto měření je dětským lékařem a alergologem upravena aktuální medikace dle potřeby. Na základě specifických testů reaktivity dýchacích cest na podání léku lze rovněž potvrdit či vyvrátit pomocí spirometrického vyšetření stanovenou diagnózu či vhodnost dosavadní terapie.

Pravidelné celkové prohlídky 1-2x týdně mají za úkol kontrolovat aktuální stav dítěte v průběhu terapie a případně vyloučit riziko šíření infekce v dětském kolektivu izolací jedince a preskripcí odpovídající medikace při počátečních příznacích nemoci.

Během pobytu jsou aplikovány podle výsledků vstupní prohlídky léčebné procedury. Jedná se především o vodoléčbu, saunování, magnetoterapii, inhalační a pitnou léčbu minerální vodou, individuální pohybovou léčbu a skupinové cvičení v podobě ranní rozčvičky. K povinně absolvovaným programům patří výuka hry na zobcovou flétnu u školáků. Při pobytu venku je využíváno příznivých klimatických podmínek v okolí léčebny.

Děti jsou ubytovány podle dosaženého věku. Dívčí a chlapecké oddělení pro děti ve věku od 6 do 18 let mají přibližně kapacitu 30 lůžek. Oddělení předškolních dětí a

oddělení pro pobyt matek s dětmi taktéž předškolního věku mají kapacitu okolo 15 lůžek.

Děti má na starost po celý den personál zdravotních sester (jedna sestra na každé oddělení plus sanitární sestra) a vychovatelů (1-2 na každé oddělení). Rehabilitační oddělení má dva stálé zaměstnance. O letních prázdninách zde vypomáhají také studenti zdravotních škol.

3. 4. Kinezioterapeutický program pro astmatiky

3. 4. 1. Východiska pro sestavování programu

Terapeutická práce s dětmi školního věku velmi úzce hraničí s výchovně pedagogickou činností. V tomto ohledu nezáleží na tom, zda pracujeme se skupinou nemocných či zdravých dětí. Vždy je třeba brát charakter dětí ve skupině i chování jednotlivců a jejich přístup k námi vyžadované aktivitě. Motivaci dětí k provádění nezvyklé činnosti lze zvyšovat a udržovat na jedné straně pestrostí nabízených aktivit, na druhé straně vědomím určitého řádu a pravidelnosti v průběhu jednotlivých lekcí. Vyplatí se respektovat návrhy dětí a jejich názory na danou činnost a přizpůsobovat prováděnou aktivitu okolnostem. V tomto smyslu je třeba chápat předložený pohybový program pouze jako podklad-a inspiraci pro jednotlivé lekce, i když jejich charakter a požadavky na provedení by měly být dodrženy. Realizace pohybového programu vyžaduje pečlivou přípravu, aby nevznikala prázdná místa, která jsou dětmi vnímána velmi negativně.

Pohybová aktivita je u astmatiků nezbytnou součástí komplexní terapie a denního režimu. Jak dokazují některé výzkumy, souvisí počet hodin fyzické aktivity nepřímo úměrně s poklesem bronchiální reaktivity (Nystad, 2001). V programu jsem se musel vyvarovat pouze většího množství her s vyšší zátěží navazujících na sebe. V tomto případě by mohlo dojít k rozvoji pozátěžového bronchospasmu, tedy obstrukce v dýchacích cestách po větší tělesné zátěži, která se objevuje u 40-90% astmatiků.

Všechny děti ve skupině byly ve věku kdy jejich motorika by měla být na dobré úrovni, což velmi usnadnilo výběr jednotlivých her a cvičení. Spíše jsem musel brát v úvahu pravděpodobné rozdíly výšky a hmotnosti. I když se v tomto věku doporučuje

mít oddělené cvičební jednotky pro děvčata a chlapce pojal jsem program jako koedukovaný. Díky tomu, že děvčata byla v průměru více jak o tři roky starší, nemusel jsem se obávat toho, že by si chlapci na děvčata dovolovali. Děvčata díky jejich věku neměla oproti chlapcům ani handicap týkající se rychlosti, síly a obratnosti. Dalším důvodem bylo také to, že program byl zaměřen na zlepšování komunikace a důvěry. Myslím, že je důležité rozvíjet komunikaci i důvěru jak u stejného tak opačného pohlaví. Kolikrát je obava vytvářet koedukované skupiny spíše z obavy, aby se děti nevěnovaly „jiným“ hrám. Šlo o to také zpestřit dětem jejich léčebný pobyt. Ostatní programy a procedury v léčebně probíhají, jak již bylo výše uvedeno, odděleně.

Rozsáhlé prostory léčebny přímo vybízejí k různým hrám všeho druhu. V případě nepříznivého počasí je možné najít útočiště v dostatečně velké místní tělocvičně. Okolní lesy jsou hluboké a členité. Je to velmi vhodné místo pro vytváření různých překážkových a lanových drah. V tomto směru nebyla téměř žádná omezení pro vytvoření pohybového programu.

3. 4. 2. Složení pohybového programu

Kinezioterapeutický program se skládal z 12 lekcí, které byly různě tematicky zaměřeny. Snažil jsem se o to, aby jednotlivé lekce na sebe smysluplně navazovaly. Protože je u dětí školního věku důležitá motivace k činnostem, měly děti možnost určitého zásahu do volby her. Dostaly tedy možnost částečně participovat na celém pohybovém programu. Jednotlivé hry jsem se snažil rozvrhnout tak, aby odpovídaly koedukované skupině, věku, zdatnosti i zkušenostem jednotlivých účastníků programu. Děti měly také možnost dobrovolně rozhodnout o své účasti a zapojení do hry. Jednotlivé lekce nebyly přísnou šablonou, ale spíše vodítkem abych se „neztratil“ v rozmanitosti her. Snažil jsem se o to uvést hru na správném místě a ve správný čas.

3. 4. 3. Charakteristika použitých prostředků

Část programu se odehrávala ve venkovních prostorách léčebny a část v přilehlých lesích, které byly pro typ tohoto programu jedinečné. Program se skládal z těchto okruhů her a cvičení, které jsem se snažil na sebe rozumně navázat:

Seznamovací hry

Účastníci programu se musí nejdříve dobře poznat, proto je dobré začít seznamovacími hrami. Díky nim se účastníci rychle zbaví nepříjemných pocitů, které nová setkání provázejí. V angličtině pro to mají příhodný název „icebreakers“ tedy nástroje k prolamování bariér.

Pro další zdárný průběh programu je důležité, aby se všichni co nejdříve znali křestními jmény a něco málo se o sobě dozvěděli. Samozřejmě do seznamování musí být zapojen i terapeut, který vede jednotlivé aktivity. Každému je příjemné, když si během krátké chvíle ostatní zapamatují jeho jméno. A pro druhé už to není ten s dlouhými vlasy, ale např. Petr, který rád jezdí na kole. Následně to velmi příznivě ovlivňuje atmosféru mezi účastníky. Hry na jména bývají krátké a vyžadují určitou dávku vtipu a tvořivosti. Často také u nich dochází k překonání strachu z vystoupení před větším počtem málo známých osob. Hry vtahují postupně všechny do děje, dochází také k prvním tělesným dotykům, které nemusí být zpočátku všem příjemné.

Seznamovací hry pomáhají snižovat počáteční napětí a zbavují počátečního ostychu. Snažíme se o to, aby se každý cítil při hraní příjemně. Jde nám o to, prezentovat hry tak, aby se nedotkly nikoho z aktérů. Pro terapeuta je tato část velmi důležitá, protože zde otevírá „srdce“ účastníků k sobě navzájem, ale také své ostatním. Poznávací hry byly krátkou a dynamickou fází zahájení mého programu.

Zahřívací a kontaktní hry

Tyto hry mohou následovat po hrách na seznámení nebo je můžeme využít na začátku jednotlivých lekcí na „rozjezd“. Úkolem těchto her je naladit účastníky na přibližně stejnou vlnu. Jde o to zbavit děti ostychu před sebou a namotivovat je ke hře. Toto je především důležité u dětí v pubertě, které mohou považovat hry za „blbosti a ptákoviny“. Je tedy na terapeutovi, aby se s tím dokázal řádně vypořádat. Při kontaktních hrách se boří bariéry mezi lidmi. Tyto hry mají jednoduchá pravidla, jednoduchý děj, jsou veselé a uvolňující. Také nám umožňují rychle přepnout z vážnější činnosti na programy nabízené v rámci volného času či dané akce. Dochází k potřebnému uvolnění, přátelské náladě a zaměření na činnost, která přináší nové prožitky a zkušenosti. Můžeme říci, že tato cvičení plní tyto důležité úkoly:

- připravují oběhovou soustavu na následující výkon,
- zlepšují připravenost k náročnějším koordinačním činnostem,
- navozují optimální podmínky pro psychickou výkonnost,

- vytvářejí podmínky pro předcházení zranění.

Při těchto hrách dochází také mezi novými účastníky poprvé k bezprostřednímu kontaktu. Je dobré nechat hráče do hry zapojovat dobrovolně. Každý jsme jiný a proto máme i jiné vnímání odstupu a blízkosti od druhých. Účast terapeuta kolikrát pomůže snížit zábrany i obavy účastníků programu. Je třeba mít trpělivost a pochopení. S prvními herními kontakty se vytváří potřebná atmosféra. Kontaktní hry pomáhají hledat cesty k porozumění ve skupině. Hry vyvolávají u účastníků mnoho otázek a my můžeme zjišťovat co se komu líbí, co je komu příjemné, kde se kdo musel přemáhat atd.

Zábavné hrátky

Tato část programu je převážně zaměřena na hry ve dvojicích. V nich se dá velmi jednoduše vyzkoušet a trénovat obratnost, šikovnost, postřeh a spousta dalších schopností a dovedností. Může zde dojít k určitému druhu experimentování s vlastním tělem a rovněž získávání nových zkušeností. Je tu otevřen prostor pro zahájení soutěží mezi účastníky. Jsou to činnosti, které lze zařazovat podle potřeby na úvod akce, mezi lekcemi i na odvedení pozornosti od vážnějších úkolů. Dbáme na odlehčení a humornou stránku činností.

Hry na rozvoj důvěry

Hry na důvěru jsou důležitým výchovným prostředkem a jednou ze stěžejních částí mého programu. Rozvíjejí odpovědnost, odvahu, sebejistotu i rozhodnost. Tyto hry jako např. „Pád důvěry“ nebývají fyzicky náročné, ale o to větší boj svádí jedinec sám se sebou. Terapeut by se měl snažit o to, aby hry podporující důvěru absolvovali všichni členové skupiny. Jde o to prožít ono vnitřní napětí, aby se aktér následně mohl lépe vžít do pocitů ostatních. Neměli bychom toho však nikdy dosahovat donucením. Tyto hry bychom neměli jen odehrát a spěchat dále. Je důležité se zastavit, diskutovat a vyměnit si zážitky, kterými jsme byli právě obdarováni. Vzájemná důvěra je důležitým předpokladem úspěšné práce ve skupině.

Iniciativní a týmové hry

Při těchto hrách dochází k tvořivému a iniciativnímu řešení problémů s nutností vzájemné spolupráce. Každý jedinec se musí zapojit, aby bylo možno vyřešit zadaný úkol. Skupina musí pracovat jako tým. Dochází zde ke stmelení kolektivu. Skupině je předložen určitý úkol, který by měl být vyřešen. Je to výzva jak pro celý tým, tak pro

každého člena, aby se zapojil a byl nápomocný vyřešení problému využitím jak svých psychických, tak i fyzických schopností. Většina problémů a úkolů je totiž koncipována tak, že ji jedinec ani malá skupina nedokáže splnit. Tím ukazujeme jednotlivci, že by měl být efektivním členem skupiny. Důležité je i to, že k cíli vede vždy několik cest a je jen na příslušnících týmu, kterou variantu vyberou. Konečné řešení je tedy otevřené, jde jen o to zapojit svoji spontánnost, důvtip, chytrost a smysl pro týmovou práci.

Úspěch částečně závisí na terapeutově schopnosti vybrat hru a správně ji uvést. Přiblížení řešeného problému skutečnému životu nebo pěkně uvedený příběh značně ovlivní motivaci účastníků při překonávání výzvy. Následně se objevují první pokusy a návrhy jak problém řešit. Dochází k výměně názorů a jejich obhajování. Účastníci si uvědomují, že je třeba promyslet jednotlivé postupy a zvolit ten nejlepší. Začíná se projevovat osobnost účastníků, někdo má snahu vše vést, jiný přispívá originálními nápady. Tým se snaží vyřešit problém. Dochází k pokusům a omylům, následnému přehodnocování plánu, objevují se noví vůdci a nové nápady. Členové týmu zakoušejí a prožívají nezdary, ale i úspěchy na vlastní kůži. Zde je také důležitá úloha terapeuta, aby díky svým zkušenostem umožnil skupinám dotáhnout problém do zdárného konce.

Hry na rozvoj komunikace a spolupráce

Komunikace, tedy sdělování a přijímání informací je nezbytnou součástí života lidí. Existuje proto mnoho různých her a cvičení, které pomáhají rozvíjet komunikační schopnosti jednotlivců i zlepšovat kvalitu výměny informací uvnitř větší či menší skupiny lidí. Obvykle jde o problémové zadání úkolu, které skupina musí řešit za pomoci vzájemné spolupráce a nezvyklé komunikace. Řešení úkolu nutí hráče si uvědomit mnohostrannost výměny informací mezi lidmi. Nevidí-li, musejí o to více soustředit svoji pozornost na sluch a hmat. Rozvíjí se tím i obecně důležitá vlastnost, jakou je schopnost naslouchat druhým. S potřebou kvalitní komunikace vystupují do popředí kooperace, tvořivost a důvěra. Dosažení cíle není možné bez vzájemné podpory, není zde místo pro soupeření. Stírá se zde podstatně rozdíl v tělesných schopnostech jednotlivých hráčů.

Lanové a překážkové dráhy

Patří do aktivit, které využívají prostředků přispívajících k rozvoji lidského potenciálu a k obohacení života, získáváním individuálních i skupinových prožitků a

zkušeností na základě výzvodých situací formou hry. Lanové dráhy působí na jednotlivce v širokém rozměru:

- rozvíjejí sebedůvěru,
- zvyšují uvědomování si sebe samého,
- zlepšují komunikaci a týmovou spolupráci,
- zlepšují dovednosti v rozhodování i řešení konfliktů,
- zvyšují důvěru v druhé,
- rozvíjejí individuální odpovědnost,
- kladně působí na skupinovou soudržnost,
- zvyšují tělesnou zdatnost,
- přispívají k dobrému pocitu ze splnění úkolů a překonání výzvy,
- poskytují zábavný a radostný přístup ke cvičení.

3. 4. 4. Struktura a obsah lekcí

Kinezioterapeutický program proběhl v areálu a okolí Olivovy dětské léčebny. Dělo se tak v rámci klimatoterapie, kdy děti musí trávit čas ve venkovních prostorách léčebny nebo přilehlém okolí. Program byl rozdělen do 12 lekcí, které se uskutečnily během čtyř týdnů. To znamená, že vycházely přibližně tři lekce na týden. Jednotlivé lekce měly trvání přibližně 90 minut. Myslím, že s prodloužením lekcí by docházelo k únavě a velké ztrátě pozornosti. Snažil jsem se o to, aby mezi lekcemi byl vždy den volna a tak „hracími“ dny byly pondělí, středa a pátek. V sobotu a neděli byly návštěvní dny a tedy nebezpečí neuskutečnění lekce. Níže jsou uvedeny jednotlivé lekce jak přibližně proběhly. Hry uvedené v programu jsou čerpané z publikací: Neuman (1998), Neuman (1999).

1. lekce – Hra na jména; Rychlá autobiografie; Komu míč; Molekuly; Tanec na kládě; Drákula; Reflexe, Ruce mluví.

2. lekce – Krok vpřed; Místo po mé levici je volné; Můj erb; Noemova archa; Gordický uzel; Slepý čtverec; Reflexe, Ruce mluví.

3. lekce – Slepá řada; Zasedání; Bezruká štafeta; Závin; Živé zrcadlo; Uzlování; Reflexe, Ruce mluví.

4. lekce – Živé stavby; Dopravní pás; Závod v pytli; Velké švihadlo; Bandiera; Reflexe, Ruce mluví.

5. lekce – Věneček pampelišek; Pavoučí síť; Vysoké břevno; Živá abeceda; Komunikace beze slov; Reflexe, Ruce mluví.

6. lekce – Houpání; Kruh důvěry; Cesta tmou; Padání ve dvojici; Ovčák a ovce; Reflexe, Ruce mluví.

7. lekce – Pendl; Transportér; Ulička důvěry; Běh důvěry; Pád důvěry; Paprsek ve tmě; Reflexe, Ruce mluví.

8. lekce – Tarzan; Odskoky na laně; Házení míčků; Šikmé lavičky; Skok do hloubky; Úniková cesta; Potopa; Jednoduché slaňování; Honička na stěně.

9. lekce – Nízké manévry; Uvolněný přechod; Komandos; Divoké věčko; Létající liška; Reflexe, Ruce mluví.

10. lekce – Ubíhající lana; Traverz s napětím; Nízké manévry; Nebezpečné X; Reflexe, Ruce mluví.

11. lekce – Nakažlivý smích; Slaňování na skále; Reflexe, Ruce mluví.

12. lekce – Válání sudů; Skok o tyči; Přechod řeky; Hody a vrhy; Lesní slalom; Ztracená čísla; Reflexe, Ruce mluví.

Pohybový program se podařilo dokončit všem dvanácti dětem, ale s různým počtem absolvovaných lekcí. Hlavním důvodem absencí na lekcích byla nemoc (teplota, nachlazení) a návštěvy rodičů. Žádné z dětí nevynechalo lekci z důvodu zhoršení stavu jejich onemocnění. Na následující straně tabulka dokresluje účast jednotlivých dětí na lekcích:

Tab. 4. Účast dětí na jednotlivých lekcích:

dítě/lekce	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	%
M.Š.	/	/	-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	91,7
M.V.	-	-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	83,3
M.K.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	100,0
P.S.	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	/	83,3
F.K.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	100,0
A.V.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	100,0
P.M.	/	/	/	-	/	/	/	-	/	/	/	-	75,0
A.C.	/	/	/	/	/	/	-	-	/	/	/	/	83,3
L.M.	/	/	/	-	-	/	/	/	/	/	/	/	83,3
T.D.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	100,0
L.K.	/	/	/	/	/	/	/	-	/	/	/	-	83,3
M.W.	/	/	-	/	/	/	/	/	/	/	-	-	75,0
celkem	11	11	10	10	10	11	11	9	12	12	11	9	127/88,2

3. 5. Výsledky dotazníků

Ke sběru dat došlo jeden den před zahájením programu a dva až tři dny po skončení programu. Čísla 1-12 v tabulkách označují jednotlivé účastníky programu. Čísla 1-7 označují chlapce, přičemž číslo jedna má nejmladší a číslo sedm nejstarší účastník. Čísla 8-12 označují dívky od nejmladší po nejstarší.

3. 5. 1. Výsledky – Rohnerova metoda rodinné diagnostiky

Tab. 5a. Hostilita a agresivita (subškála 1)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	17	14	7	9	10	17	16	15	17	17	13	15	13,9
h.s.kon.	14	18	11	14	16	22	12	16	15	15	14	17	14,3
Rozdíl	3	-4	-4	-5	-6	-5	4	-1	2	2	-1	-2	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 1 je mezi skóre 12-13 jak pro chlapce tak pro dívky.

Subškála č. 1 je zaměřena na hodnocení agresivity a hostility dítěte. Hostilitu je možno charakterizovat jako emoční prožitek nepřátelství, projevuje se v chování dítěte ve formě agrese. Její míra je dána i pohlavím dítěte, u chlapců bývá vyšší, v pubertě a adolescenci má stoupající tendenci. Sklon k agresivnímu a hostilnímu chování v některých případech souvisí se sklonem k negativnímu sebehodnocení.

Tab. 5b. Závislost (subškála 2)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	16	17	13	19	16	14	19	14	13	16	16	14	15,6
h.s.kon.	16	21	12	21	14	15	16	17	15	15	14	15	15,9
Rozdíl	0	-4	1	-2	2	-1	3	-3	-2	1	2	-1	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 2 je kolem skóre 15 pro chlapce a 16 pro dívky.

Subškála č. 2 charakterizuje míru závislosti dítěte, která vyjadřuje tendenci spoléhat se na emoční i faktickou podporu jiné osoby. Vysoký skór znamená, že dítě zůstává závislé, ačkoliv by se v pubertě mělo osamostatňovat. Za normálních okolností má tato hodnota s věkem klesající tendenci, zejména u chlapců. Nesouvisí významně s negativním sebehodnocením ani s citovými odchylkami (labilitou, inhibovaností). Bývá spíše výrazem infantilního vývoje osobnosti, určité životní situace (somatické onemocnění či postižení) nebo reakcí na určitý typ rodičovského chování (např. výrazně dominantní a autoritativní přístup matky). Bývá vyšší u dětí, jejichž rodiče se považují za velmi přísné, dominantní, ale mnohdy i milující.

Tab. 5c. Negativní sebeocenění (subškála 3)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	18	13	11	13	14	17	15	9	14	16	11	9	13,3
h.s.kon.	18	14	14	14	18	16	12	10	13	14	11	8	13,5
Rozdíl	0	-1	-3	-1	-4	1	3	-1	1	2	0	1	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 3 je kolem skóru 12 pro chlapce a 13 pro dívky.

Tab. 5d. Negativní hodnocení vlastních schopností (subškála 4)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	15	14	17	8	15	14	14	10	13	15	13	8	13,0
h.s.kon.	16	21	14	13	12	16	15	15	11	11	9	7	13,3
Rozdíl	-1	-7	3	-5	3	-2	-1	-5	2	4	4	1	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 4 je mezi skóre 12-13 jak pro chlapce tak pro dívky.

Subškály č. 3 a 4 vyjadřují míru sebeocenění a sebehodnocení vlastních schopností. S věkem se zvyšuje sebekritičnost dětí, ve vyšší míře u dívek. Děti, které se hodnotí velmi nízko, bývají často neúspěšné, nejisté, cítí se neschopné v konfrontaci s požadavky běžného života a mívají pocit méněcennosti. Mnohdy to bývají děti, které jsou rodiči podceňovány a pouze přejímají jejich postoj. Tyto děti bývají ve srovnání s průměrem mnohdy hostilnější a agresivnější, často ve smyslu obrany vlastní nejistoty. Někdy jsou celkově pesimistické a mají zvýšený pocit ohrožení.

Tab. 5e. Inhibice citových projevů (subškála 5)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	13	13	10	8	10	8	19	18	14	15	14	6	12,3
h.s.kon.	12	16	15	8	14	7	15	17	14	12	9	7	12,2
Rozdíl	1	-3	-5	0	-4	1	4	1	0	3	5	-1	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 5 je mezi 12-13 jak pro chlapce tak pro dívky.

Subškála č. 5 je zaměřena na inhibovanost v oblasti emocionálních projevů, která bývá často spojena s nízkým sebehodnocením. Nedostatek citových projevů v chování dítěte může být dvojího charakteru. Někdy jde o neurotické potlačení citových projevů u jinak citlivých dětí. V tomto případě bývá i vyšší citová labilita a nejistota. Dále může jít o inhibovanost pouze zdánlivou, u citově plochých, často deprivovaných dětí, které svoje pocity nevyjadřují především proto, že je nemají. V tomto případě bývají děti často i agresivní, bezohledné a egocentrické. V souhrnu by šlo o typický obraz osobnosti deprivovaného dítěte a lze předpokládat i abnormální hodnocení rodičovského chování, které vesměs skutečně bylo neadekvátní.

Tab. 5f. Emoční labilita (subškála 6)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	19	15	12	13	13	20	16	18	17	17	18	17	16,3
h.s.kon.	18	17	14	15	15	19	16	19	16	15	14	12	15,8
Rozdíl	1	-2	-2	-2	-2	1	0	-1	1	2	4	5	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 6 je mezi skóre 14-15 jak pro chlapce tak pro dívky.

Subškála č. 6 charakterizuje úroveň citové lability, která se zvyšuje v pubertě, u obou pohlaví ve stejné míře. Vyjadřuje celkovou nejistotu dítěte, která může být podmíněna více sociálně (např. vlivem rodiny) či spíše dispozičně (vrozená vegetativní a citová nevyrovnanost). Citově labilní děti bývají i úzkostlivější a kritičtější, spíše anticipují selhání a neúspěch, mívají i nižší frustrační toleranci. V rodinách těchto dětí se vyskytovaly větší rozdíly v citové vřelosti otce a matky. Matky se často hodnotily jako milující, ale značně dominantní a autoritativní. Otcové byli spíše citově chladní, hostilnější a odmítaví.

Tab. 5g. Pesimismus (subškála 7)

Dítě	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Průměry
h.s.zač.	14	16	16	7	12	16	14	6	12	16	10	9	12,3
h.s.kon.	13	15	13	8	10	19	13	9	11	14	10	11	12,2
Rozdíl	1	1	3	-1	2	-3	1	-3	1	2	0	-2	

- průměrná hodnota hrubého skóre pro subškálu 7 je mezi skóre 9-10 jak pro chlapce tak pro dívky.

Subškála č. 7 poskytuje míru pesimismu dítěte, jeho negativního pohledu na svět, pocitu nebezpečí a ohrožení. S věkem má stoupající tendenci, pravděpodobně v závislosti na rozvoji rozumových schopností, zkušeností a kritičnosti, které korigují optimismus ranného a středního školního věku.

3. 5. 2. Výsledky – CMAS – Škála zjevné úzkosti pro děti

Tab. 6. Výsledky škály CMAS

Dítě	H.S.A. zač.	H.S.A. kon.	Rozdíl
1.	41	41	0
2.	45	47	-2
3.	13	10	3
4.	13	17	-4
5.	29	38	-9
6.	39	44	-5
7.	30	25	5
8.	32	29	3
9.	34	28	6
10.	37	23	14
11.	22	15	7
12.	12	4	8
Průměry	28,9	26,8	

- H.S.A. = hrubé skóre ve škále úzkosti: vypovídá o míře manifestní úzkosti (čím vyšší hodnota H.S.A., tím vyšší úzkost).
- průměrná hodnota H.S.A. u dětí v populaci je v rozmezí 21-22 jak pro dívky tak chlapce.

3. 5. 3. Výsledky – Eysenkův osobnostní dotazník pro děti (J.E.P.I.)

Tab. 7. Eysenkův osobnostní dotazník pro děti

Dítě	h.s.extr.zač.	h.s.extr.kon.	Rozdíl	h.s.neur.zač.	h.s.neur.kon.	Rozdíl
1.	10	9	1	18	17	1
2.	12	13	-1	23	20	3
3.	11	8	3	6	4	2
4.	12	10	2	6	4	2
5.	17	18	-1	14	18	-4
6.	16	16	0	21	22	-1
7.	13	12	1	14	11	3
8.	18	18	0	15	17	-2
9.	13	18	-5	15	13	2
10.	14	17	-3	16	15	1
11.	6	14	-8	12	10	2
12.	19	18	1	4	2	2
Průměry	13,4	12,8		13,7	12,8	

- hrubý skór v průměru u chlapců u extroverze je 16 a u neuroticizmu 10
- hrubý skór v průměru u dívek u extroverze je 16 a u neuroticizmu 12

3. 6. Diskuse

Na tomto místě bych chtěl uvést některé důležité poznatky týkající se pohybového programu, které by mohly nastínit možnosti působení kinezioterapie v léčbě astmatických dětí. V léčebně jsem strávil celý měsíc jako vychovatel a tak jsem byl ve stálém kontaktu jak s dětmi účastnicími se v programu tak s těmi, které se ho

neúčastnily. Měl jsem dobrou možnost promluvit si s dětmi, pozorovat je při programu i mimo něj a srovnávat s jinými dětmi.

Sledovaný soubor tvořilo 12 dětí s různým stupněm astmatického onemocnění. Program se podařilo dokončit všem dětem. Velmi příjemné zjištění bylo, že všechny děti stačily fyzicky v jednotlivých cvičeních programu a nedošlo u nich ke zhoršení jejich zdravotního stavu vlivem zvýšené zátěže.

Astmatické děti se mi zdály oproti jiným dětem velmi agresivní vůči sobě. Jako by neuměly nakládat se svobodou, kterou mají jakmile se dostanou od rodičů. Co mne zarazilo bylo, že se agresivně chovaly i dívky. Zvýšenou míru agresivity a hostility dokresluje (Tab. 5a.) a potvrzuje mé pozorování. Dalším možným faktorem agresivity dětí byla někdy nepřilíživá komunikace s personálem léčebny. V některých případech bylo na děti z úplně zbytečných důvodů křičeno.

Co se týče sebevědomí a sebehodnocení dětí je zajímavé, že jsem nepozoroval nějakou zvýšenou inklinaci k podceňování se. Přitom různé teorie vyzdvihují tento fakt jako jednu z charakteristik astmatických dětí. Výsledky Rohnerovy metody v subškálách hodnotících sebehodnocení označují astmatické děti kolem průměru dětské populace. Možná je to dáno tím, že se děti pohybují v léčebně vedle vrstevníků se stejným onemocněním.

Zdá se, že u astmatických dětí nedochází k nějakému výraznějšímu potlačování citových projevů. Jejich emoce jsou také celkem dobře čitelné a přiléhavé situacím.

Subškála 7 u Rohnerovy metody naznačuje výrazně vyšší míru pesimismu astmatických dětí oproti průměru populace. Děti mají negativní pohled na svět, pocit nebezpečí a ohrožení. Z rozhovorů s dětmi vyplývá, že v tomto pohledu na svět je utvrzují nebo alespoň mu pomáhají rodiče. Rodiče mnohdy dětem poskytují informace o tom, jak těžké a závažné je astmatické onemocnění. Jak se musí hlídat a jak musí být opatrní. Přitom je známo nesčetně případů, kdy astmatici jsou držitelé olympijských medailí a tím pádem potvrzují, že i ostatní astmatici mohou od života očekávat více.

Výsledky dotazníků podporují teorie o vyšší úzkostnosti astmatických dětí. Naměřené hodnoty skóre anxiety ve škále CMAS jsou skutečně vyšší ve srovnání s českými populačními normami. Úzkostnost je často spojená s labilitou osobnosti. To potvrzují oba další dotazníky. Hodnoty neuroticity v J.E.P.I. prokazují opět vyšší skóre než u běžné populace. Stejně je tomu i v subškále 6 emoční lability. I zde bylo naměřeno vyšší skóre než je normální rozložení v populaci. Z J.E.P.I. dále vyplývá, že astmatické děti jsou spíše introvertnější.

Z pozorování dětí při pohybovém programu můžeme dojít k několika následujícím zjištěním. V průběhu kinezioterapeutického programu byli chlapci odhodlanějšími a aktivnějšími než dívky. Možná je to tím, že v reflexích uváděli častěji, že mají dobrý pocit z toho, že se něco dělo oproti jiným procedurám a programům v léčebně. Dívky jsem do programu ze začátku musel trochu nutit. Není to ale nic nového u dívek pubertálního věku. Postupně se začaly aktivněji zapojovat.

Je zajímavé, že při programu jsem nepozoroval výše zmiňovanou agresivitu. Ta se projevovala hlavně při volnočasových aktivitách. V tomto ohledu měl na ně program velmi dobrý vliv.

Velmi kladně hodnocenou byla už počáteční část programu, hry na seznamování. Při reflexi děti uváděly, že je překvapilo kolik, zajímavých informací jeden o druhém se během tak krátké chvíle mohly dozvědět.

Kontaktní hry proběhly kupodivu téměř bez ostychu. Pravděpodobně je to dáno tím, že dívky byly v průměru o tři roky starší a nevadil jim tedy bližší kontakt s chlapci. To samé se dá říci o chlapcích.

Při týmových hrách byly aktivnější starší děti jak z řad chlapců tak děvčat. Zde se to dalo očekávat z důvodu rozvinutějších rozumových schopností. Chlapci byli tahouni týmu, prokazovali důvtip při řešení a neměli snahu vzdát žádnou z činností. Myslím, že se při těchto hrách naučili všichni pěkně spolupracovat.

Možná největší úspěch u dětí měly hry na rozvoj důvěry. Potvrzuje to i „Pád důvěry“, který byl nejoblíbenější hrou programu. Ne často se stává, aby se ho účastnili všichni ze skupiny. V tomto programu se k němu odhodlali všichni a někteří hned několikrát. Děti opravdu prokázaly odpovědnost, odvahu, sebejistotu i rozhodnost, tedy všechny ty vlastnosti, které program vyžaduje.

Při hrách na rozvoj komunikace byly více aktivní dívky. Je to možná dáno tím, že tyto hry probíhají obvykle v klidné atmosféře. Dívky také byly daleko více ochotné naslouchat druhým než tomu bylo u chlapců. Oproti dívkám chlapci projevovali větší netrpělivost. Chlapci také tyto hry hodnotili jako horší než ostatní. Možná jim zde chyběl dynamický prvek.

Dynamický prvek určitě nikdo nepostrádal v lekcích, které byly zaměřeny na lanové a překážkové dráhy. Zpočátku měly děti trochu respekt před těmito aktivitami, ale během krátké doby se při nich cítily jako doma. Hlavně chlapci měli velký zájem stále „viset“ na lanech. Slaňování a „Létající liška“ byly další dvě aktivity, které měly velký

úspěch. Ještě dva dny po těchto lekcích si o tom všichni povídali. Mluvili o tom jako o velkém dobrodružství.

Myslím, že bylo dobře, že jsem zvolil koedukovaný program. Chlapci i dívky se velmi hezky doplňovali a tím pádem se i obohatili o prožívání a chování druhého pohlaví. Co se týče délky programu, byl myslím přiměřený. Kratší program by asi neobsáhl všechny hry a cvičení, které jsem chtěl aplikovat. Proto doporučuji v případě užití spíše program prodloužit než zkracovat. Ze zkušenosti s „normálními“ dětmi, astmatické děti téměř v ničem v celkovém programu nezaostávaly. Jediným větším problémem nebo rozdílem byla přeci jenom větší nekázeň. Hlavně vypořádat se s jejich nedisciplinovaností při lanových drahách.

Řekl bych, že program také vyplnil „hluchá“ místa v programech a procedurách léčebny. Když děti tráví čas venku v rámci klimatoterapie, třetina z nich si hraje, třetina zlobí a třetina se nudí. Při pobytu venku vychovatelé velmi často nevytváří dětem alespoň trochu zajímavý program. V tomto ohledu byl kinezioterapeutický program pro děti velkým zpestřením. Na otázku jestli by chtěly mít podobný program příští rok, odpověděly všechny, že určitě.

Pozitivním zjištěním při programu také bylo, že se děti dokázaly oprostít od svého onemocnění, dokázaly se uvolnit a být tady a teď.

4. ZÁVĚR

Předmětem naší práce bylo nastínit, prozkoumat a ověřit možnosti působení a využití kinezioterapie jako nástroje při léčbě astmatických dětí. Podle stanovených cílů byla provedena rešerše odborné literatury týkající se problematiky astmatických dětí. Na základě získaných informací jsme sestavili přiléhavý pohybový program, který byl zaměřen na hry a sporty v přírodě, lanové a překážkové dráhy apod. Za pomoci výzkumných metod sběru dat, v našem případě rozhovorů, pozorování a dotazníků, byla ověřována účinnost programu.

Celý kinezioterapeutický program se uskutečnil v Olivově dětské léčebně v Říčanech a jejím okolí. Programu se účastnilo 12 dětí ve věku 7 – 16 let. Všechny děti program dokončily s velmi aktivní docházkou. Účast na jednotlivých lekcích dosahovala v průměru téměř 90%. Program byl veden po celou dobu jako koedukovaný.

Výsledky naší práce potvrdily částečně H1, která předpokládala pozitivní vliv programu na úzkostnost dětských astmatiků. Z kvalitativní analýzy dotazníků vyplývá, že opravdu došlo k poklesu naměřených hodnot po aplikaci celého programu. Nejvíce se tento trend projevil u děvčat. U všech děvčat došlo k poklesu naměřených hodnot a potvrdilo se to ve všech třech dotaznících. Co se týká H2, u které jsme předpokládali nárůst sebevědomí a sebedůvěry, nedošlo k jejímu potvrzení Rohnerovou metodou diagnostiky. Získaná data se výrazně nelišila před a po absolvování programu. Při hrách a cvičeních, které byly zaměřeny na získávání důvěry, ale děti prokázaly odvahu, odhodlanost, sebejistotu, odpovědnost a také důvěru v druhé. U H3 potvrzujeme zlepšení komunikace a vztahů ve skupině dětských astmatiků. Přes počáteční ostych a malé neshody se skupina stále více chovala jako kompaktní celek, což lze přičítat zlepšené komunikaci a vytváření potřebných sociálních vazeb.

Při našem výzkumu jsme měli k dispozici pouze malý vzorek z populace astmatických dětí. Je tedy na místě hovořit o pilotní studii, která by ale mohla být pro někoho potřebným podkladem k rozsáhlejšímu výzkumu. Na základě dosavadních zkušeností doporučujeme realizovat podobný program také v jiných respiračních léčebnách a zaměřit se na specifika jeho provedení a využití u dívek a chlapců v různých věkových skupinách.

Myslíme si, že využití kinezioterapeutického programu zaměřeného na hry a sporty v přírodě je u astmatických dětí z výše uvedených poznatků možné. Vzhledem

k prostředí, které nabízejí respirační léčebny, je náš program ne zcela nenáročným, ale určitě zábavným a efektivním prvkem k obohacení léčebného pohybu. Během poměrně krátké doby mohou astmatické děti přehodnotit a změnit některé návyky a postoje týkající se chování, prožívání a pohybu obecně. Sami sobě dokázaly, že jsou schopny splnění u sebe předtím nevídaných úkolů, cvičení a sportovních výkonů. A to nejdůležitější, že byly schopny provádět veškeré aktivity s úsměvem na rtech, což dokresluje obrázky v příloze.

SEZNAM LITERATURY

ČÁP, J., MAREŠ, J. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X

DANZER, G. Psychosomatika. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7

DVOŘÁK, R. Základy kinezioterapie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003.
ISBN 80-244-0609-8

FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-367-6

FISCHER, J., GJURIČOVÁ, Š. Škála zjevné úzkosti pro děti, příručka pro administraci, vyhodnocení a interpretaci. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1974.

HÁJEK, J. Antropomotorika. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7290-063-3

HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie v léčbě hospitalizovaných psychiatrických onemocnění. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0420-5

HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie. Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. Praha: Univerzita Karlova, 2003. ISBN 80-246-0719-0

HENDL, J. Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Univerzita Karlova, 1997.
ISBN 80-7184-549-3

ISAJEV, J., MOJSJUKOVÁ, L. Průduškové astma. Praha: Granit, 2005.
ISBN 80-7296-042-3

JANÍČKOVÁ, H. Povídání o astmatu I. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-376-8

KAŠÁK, V. Asthma bronchiale. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-062-3

KAŠÁK, V., POHUNEK, P., SEBEROVÁ, E. Překonejte své astma. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN 80-85912-96-1

KRALLOVÁ, M. Příručka k testu Eysenckovej osobnostný dotazník pre deti. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1971.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X

LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic medicine: past and present (part I-III). Can J Psychiatry 1986; 31: 2-21

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-97-7

NEUMAN, J. Dobrodružné hry a cvičení v přírodě. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-218-1

NEUMAN, J. Překážkové dráhy, lezecké stěny a výchova prožitkem. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-292-0

NYSTAD, W., STIGUM, H., CARLSEN, K. H. Increased Level of Bronchial Responsiveness in Inactive Children with Asthma. Respiratory Medicine, Oct 2001, Vol. 95, No. 10, s. 806-810.

PONĚŠICKÝ, J. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. Základy kvalitativního výzkumu, Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert, 1999.

SUSA, Z. Asthma bronchiale. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-441-1

ŠPIČÁK, V., VONDRA, V. Asthma bronchiale v dětství a dospělosti. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 08-075-88

VÁGNEROVÁ, M., MATĚJČEK, Z. Rohnerova metoda rodinné diagnostiky. Ostrava: 1992.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

ZAPLETAL, M. Hry v přírodě. Praha: Olympia, 1987.

Elektronické zdroje:

Asthma UK – homepage. Kick Asthma holiday. [online]. rev. 13.2.2006. [cit. 18.2.2006].

Dostupné z <http://www.asthma.org.uk/news_media/news/how_kids_can.html>

KAŠÁK, V. Asthma bronchiale. [online]. [cit. 23.2.2006].

Dostupné z <<http://www.cipa.cz/cz-asthmastandard.html>>

PŘÍLOHY

Příloha A – Obrázky z kinezioterapeutického programu

Příloha B – Dotazník – Rohnerova metoda rodinné diagnostiky

Příloha C – Dotazník – CMAS

Příloha D – Dotazník – J. E. P. I.

Příloha A – Obrázky z kinezioterapeutického programu:







Příloha B – Dotazník – Rohnerova metoda rodinné diagnostiky:

Sebehodnocení dítěte

Jméno


Věk

Datum

Máte tady několik vět, které říkají, jaké lidé mívají mínění a pocity sami o sobě. Přečti si každou větu a zamysli se, jak asi vystihují tebe. Pracuj te co nejrychleji. Napiš ke každé větě vždy hned první myšlenku, která tě napadne - a jdi k další větě !

Za každou větou jsou čtyři okénka. Když si myslíš, že věta o tobě většinou platí, polož si otázku: Platí to jen někdy ? Pokud si myslíš, že věta je téměř vždy nebo úplně vždycky (stále) pravdivá, udělej křížek v okénku **TÉMĚŘ VŽDY**. Jestliže si myslíš, že věta o tobě většinou neplatí, polož si otázku: Platí to jen málokdy ? nebo Neplatí téměř nikdy ? Pokud platí jen málokdy, udělej křížek v okénku **MÁLOKDY**. Pokud si myslíš, že věta v tvém případě neplatí téměř nikdy nebo vůbec nikdy, udělej křížek v okénku **TÉMĚŘ NIKDY**.

Pamatuj, že na žádnou větu není nějaká správná nebo nesprávná odpověď. Jde o tvé mínění a tvoje zkušenosti. Buď proto co nejupřímnější a odpovídej na každou větu tak, jaký si myslíš, že skutečně jsi a ne jaký (jaká) by sis přál(a) být. Například když jsi téměř vždy sám se sebou spokojený, udělej křížek v okénku **TÉMĚŘ VŽDY**.

	ROHNEROVA METODA RODINNÉ DIAGNOSTIKY	Str. 1	Jméno:		Datum:
			Platí o mně:		
			téměř vždy	někdy	málokdy
			téměř nikdy		
Jsem se sebou spokojený.			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>		

Nyní můžeš pokračovat dál. Pamatuj si, že na otázky nejsou ani správné, ani nesprávné odpovědi. Odpovídej proto vždy tak, jak si to skutečně myslíš !

**ROHNEROVA METODA
RODINNÉ DIAGNOSTIKY****Str. 1**

Jméno:

Datum:

4

3

Platí o mně: 2

A

Sebehodnocení dítěte	téměř vždy	někdy	málokdy	téměř nik
1. Myslím na to, jak bych někomu něco provedl(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jsem rád(a), když mě maminka lituje, že jsem nemocný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jsem na sebe opatrný(á), aby se mi nic nestalo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Myslím si, že dokážu udělat to, co chci, stejně dobře jako každý jiný(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dělá mi těžkosti projevít ostatním lidem, co cítím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jsem nešťastný(á) nebo mě to navzteká, když se mi něco nedaří.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Myslím si, že život je hezký.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mívám chuť do něčeho praštit nebo někoho uhodit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jsem rád(a), když mi rodiče dají najevo, že mě mají moc rádi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Myslím si, že jsem a budu napořád k ničemu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mám pocit, že nedokážu udělat nic dobře.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je pro mne snadné být na rodiče milý(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pro nic za nic mívám špatnou náladu a jsem mrzutý(á).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Život se mi zdá plný nebezpečí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dovedu se tak navztekát, že něco vyhodím nebo rozbiju.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Když se dostanu do těžkostí, vyřeším si své problémy raději sám(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Když se setkám s někým, koho neznám, mívám dojem, že je lepší než já.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. To co chci, si dokážu sám(a) docela dobře vybojovat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mám pocit, že si těžko hledám kamarády a nedokážu si je dobře udržet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Rozčílí mě, když se mi něco nedaří.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Myslím si, že je na světě dobře a hezky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Dovedu si dělat legraci z lidí, kteří provádějí hlouposti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jsem rád(a), když se mi někdo milý věnuje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Myslím si, že jsem docela správný(á) a že by si to ostatní mohli o mě myslet také.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Myslím si, že jsem budižkničemu a že za nic nestojím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Nedělá mi těžkosti ukázat naší rodině, že je mám rád(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Střídá se u mne veselá a smutná nálada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Pro mne je svět nepěkný a smutný.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je to na mně vidět, když mám vztek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Když mám s něčím potíže, jsem rád(a), když mě někdo přijde povzbudit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Platí o mně:

[illegible]

Příloha C – Dotazník – CMAS:

T - 112

TZ/čes.

Příjmení a jméno

Datum narození

Škola a třída	Datum vyšetření
Bydliště	Exam.

H.S.A.=

sten=

H.S.L.=



	29. Stále se bojím, abych vždycky všechno udelal dobře.....	ANO	NE
že je	30. Jsem vždycky hodný.....	ANO	NE
š, že	31. Nemohu se zbavit myšlenky, že se stane něco zlého.....	ANO	NE
	32. Večer se mi nechce jít spát.....	ANO	NE
NE	33. Pořád mám strach, aby mi to ve škole dobře šlo.....	ANO	NE
NE	34. Jsem vždycky ke každému vlídný.....	ANO	NE
NE	35. Těžko snáším, když mě někdo hubuje. Jsem na to velmi		
NE	citlivý.....	ANO	NE
NE	36. Mluvím pokaždé čistou pravdu.....	ANO	NE
NE	37. Když jsem se známými lidmi, bývá mi někdy smutno a cítím		
NE	se opuštěný.....	ANO	NE
NE	38. Často mívám pocit, že mi někdo řekne, že dělám něco špatně	ANO	NE
NE	39. Bojím se ve tmě.....	ANO	NE
NE	40. Když se učím, myšlenky mi pořád od učení utíkají.....	ANO	NE
NE	41. Někdy se rozzlobím.....	ANO	NE
NE	42. Často je mi špatně od žaludku.....	ANO	NE
NE	43. Než večer usnu, mívám plnou hlavu starostí.....	ANO	NE
NE	44. Často cítím, že jsem udelal něco, co jsem udělat neměl a		
NE	je mi to nepříjemné.....	ANO	NE
NE	45. Mívám bolení hlavy.....	ANO	NE
NE	46. Často se bojím, že se něco stane mojím rodičům.....	ANO	NE
NE	47. Někdy říkám něco, co se nemá říkat.....	ANO	NE
NE	48. Často bývám unaven.....	ANO	NE
NE	49. Někdy nemám chuť do učení.....	ANO	NE
NE	50. Mívám ošklivé sny.....	ANO	NE
NE	51. Jsem nervózní.....	ANO	NE
NE	52. Někdy jsem lhal.....	ANO	NE
NE	53. Často se bojím, aby se mi něco zlého nestalo.....	ANO	NE
NE	54. Myslím, že přidělávám rodičům mnoho starostí.....	ANO	NE
NE	55. Musím být za každou cenu ve všem nejlepší.....	ANO	NE
NE	56. Často se mi zdá, že mě nikdo nemá rád.....	ANO	NE
NE	57. Není mi příjemné být doma večer sám.....	ANO	NE
NE	58. Někdy se hádám s jinými dětmi.....	ANO	NE
NE	59. Dříve jsem se bál věcí nebo lidí, i když jsem věděl, že mi		
NE	neublíží.....	ANO	NE
	60. Mívám pocit, že mě nikdo nechápe.....	ANO	NE
	61. Někdy neposlouchám rodiče.....	ANO	NE

Příloha D – Dotazník – J. E. P. I.:

Dg 40/02

J. E. P. I.

Příjmení a jméno	Datum narození
Škola a třída	Dnešní datum
Bydliště	Exam.

E = ☐

N = ☐

L = ☐

Pokyny

Tento sešit obsahuje několik otázek, které zjišťují, co cílíš, jak jednáš a jak se chováš. Za každou otázkou jsou dva čtverečky na odpověď ANO nebo NE.

Přečti si vždy pozorně otázku a rozhodni se, která odpověď vyjadřuje tvé obvyklé jednání a chování. Jestliže můžeš odpovědět ANO, udělej takový křížek X do čtverečku ve sloupci ANO, je-li tvá odpověď NE, udělej křížek do vedlejšího čtverečku ve sloupci NE.

Tak postupně odpověz na všechny otázky. Žádnou nevynechávej. Pracuj rychle, u jednotlivých otázek se příliš nezdržuj.

Pamatuj, že zde nejsou otázky, na které je dobrá nebo špatná odpověď. Jsou zde jen otázky, na které odpovídáš podle toho, jaký jsi.

1971

AND NE

11

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

[illegible]

--	--

--	--

--	--

[illegible][illegible][illegible]

6.		
----	--	--

2

•

--	--

□

[illegible][illegible]

	L
--	---

10

☐

11

[illegible][illegible]

□ □

ANO NE

[illegible]

ZKONTROLUJ, ZDA JSI ODPOVĚDĚL NA
KAŽDOU OTÁZKU !